

(様式例)

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

上記の者について、下記のとおり診断します。

結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病はないことを証明します。

年 月 日

病院診療所の
所在地及び名称

医 師

印