

診 断 書

住 所

氏 名

生 年 月 日 年 月 日

上記の者は、結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性
疾病はないと診断します。

年 月 日

病院・診療所の所在地

病院・診療所の名称

医師

印