

診 断 書

住所 _____

氏名 _____

生年月日 年 月 日生

性別 男 ・ 女

上記の者は、他人に感染させるおそれのある結核及び皮膚疾患にかかっていないことを診断します。

診断年月日 年 月 日

病院・診療所等の所在地 _____

病院・診療所等の名称 _____

医師 _____