

診 断 書

住所 神戸市中央区加納町6-5-1

氏名 神戸 花子

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 神戸市中央区加納町6-5-1

病院・診療所等の名称 神戸病院

医師 神戸 太郎

印

医師の個人印が必要