

# 診 断 書

住 所

氏 名

昭・平・令 年 月 日生

上記の者は、結核、皮膚疾患（伝染性膿痂疹、単純性疱疹、頭部白癬、疥癬など）の疾患にかかっている者ではないことを診断します。

年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 名  
(署名または記名押印)