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)