診 断 書

氏 名 _____

性 別 男 ・ 女

生年月日 年 月 日

年 齢 歳

上記の者は、

結核、感染性の皮膚疾患（伝染性膿痂疹(トビヒ)、単純性疱疹、頭部白癬(シラクモ)、疥癬等)にかかっている者に該当しないと診断します。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

医師の氏名

印