

(理・美容所届出用)

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日

年

月

日生

上記の者は、結核、皮膚疾患、その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病にかかっている者ではないことを診断する。

診 断 日

年

月

日

病院・診療所等の名称

所在地

医師氏名
