

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性 別 _____ 男 ・ 女

上記の者は、次の各号に該当しないと診断します。

- 1 結核にかかっている者
- 2 皮膚疾患にかかっている者

診断日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名称

所 在 地

医 師 氏 名

㊞