診　断　書

住　所

氏　名

生年月日　　　　　年　　　月　　　日生

上記の者は、結核及び伝染性皮膚疾患（伝染性膿痂疹、単純性疱疹、頭部白癬、疥癬等）にかかっている者でないと診断します。

年　　　月　　　日

医師施設名

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞