

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

⑩