

診 断 書

住所

氏名

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患を認めない。

以上のとおり、診断いたします。

年 月 日

所 在 地

病院、診療所名

医 師