

# 診 断 書

氏 名	男 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
住 所				
結核性疾患、伝染性皮膚疾患〔伝染性膿痂疹（トビヒ）・単純性 疱疹・頭部白癬（シラクモ）・疥癬 等〕の現症を認めない。				
上記のとおり診断します。				
令和 年 月 日				
所在地				
名 称				
医 師				
氏名の自署または記名押印をしてください。				