

診 断 書

住 所

氏 名

(生年月日) 年 月 日生

上記の者

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のない
ことを認める。

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

病院等の所在地

病院等の名称

診断した医師の氏名 医師

⑩