

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成	年 齡	歳
住 所			
<p>上記の者は、結核性疾患、又は伝染性皮膚疾患で ないことを認めます。</p> <p>上記のとおり診断します。</p>			
診断年月日	年 月 日		
医 師	病院、診療所等の 名 称		
	所 在 地		
	氏 名	⑩	

※この診断書用紙は見本となりますので、所定の診断書用紙のご用意がない場合に使用してください。

※医師の署名、又は医師個人の印が押された診断書が必要です。(医療機関の印は無効)