

診 断 書

住 所

氏 名

上記の者について、次のとおり診断します。

項 目	診 断 結 果
結 核	
伝染性皮膚疾患	

年 月 日

病院等の所在地

名 称

医 師 の 氏 名

(署名又は押印)

※発行後3ヶ月以内のものであること。