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。