

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	大 正 昭 和 年 月 日 (歳) 平 成		
住 所			
上記の者は、結核及び伝染性皮膚疾患に罹患していないと診断します。			
診 断 年 月 日 平 成 年 月 日			
医 療 機 関 の 名 称 及 び 所 在 地			
電 話 番 号			
医 師 の 氏 名 ㊞			

※ この診断書の様式は、見本のための例示になります。