|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診　断　書

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| ふりがな氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 | (男・女) |

１．結核でない。２．皮膚疾患でない。　　（伝染性膿痂疹、単純性疱疹、頭部白癬、疥癬等の皮膚疾患）上記のとおり診断します。令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 施設名 |  |
| 医師氏名 |  |

 |

備考　診断年月日より１年以内のものであること。