　　　　 診　断　書

住所

氏名

生年月日　　　　　　年 月　　日生（　　　歳）

　　　上記の者は、次に掲げる疾病にかかっていないことを証明します。

　１　結核

　２ 伝染性皮膚疾患

伝染性膿痂疹（トビヒ）、単純性疱疹

頭部白癬（シラクモ）、疥癬等

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　診断機関名

診断医師名 印