

# 診 断 書

|  |                  |     |     |
|--|------------------|-----|-----|
| 氏 名  |                  | 性 別 | 男 女 |
| 生 年 月 日  | 年 月 日            | 年 齡 | 歳   |
| 住 所  |                  |     |     |
| <p>上記の者は、結核及び伝染性皮膚疾患<br/>でないものと認めます。</p> <p>上記のとおり診断します。</p> |                  |     |     |
| 診断年月日  | 年 月 日            |     |     |
| 医 師  | 病院、診療所等<br>の 名 称 |     |     |
|  | 所 在 地<br>電 話 番 号 | TEL |     |
|  | 氏 名              | 印   |     |

(※様式見本です。この診断書用紙は見本になりますので、所定の診断書用紙のご用意がない場合に使用してください。)