

見 本

診 断 書

氏 名		
生 年 月 日	年	月 日
住 所		
<p>上記の者は、結核及び伝染性皮膚疾患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	病院診療所等の 名 称	
	所 在 地 電 話 番 号	Tel
	氏 名	印