

診 断 書

氏 名	男 女	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
住 所		
<p>結核性疾患、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）の現症を認めない。</p>		
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>名 称</p> <p>医 師</p> <p>氏名の自署または記名押印をしてください。</p>		