

診 断 書

住 所

氏 名

昭和・平成 年 月 日生

上記の者診断の結果、結核及び感染性の皮膚疾患（伝染性膿痂疹、単純性疱疹、頭部白癬、疥癬等）に罹っていないことを証明します。

平成 年 月 日

病院・診療所の所在地

名称

医師

印