診　　断　　書

氏名（フリガナ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女

生年月日　　　　 　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　生　　　　　　　　　　年齢　　　　歳

住所

上記の者は、結核および伝染性皮膚疾患でないものと認めます。

上記のとおり、診断いたします。

診断年月日　　　　　　　　　　　　 　年　　　 　月　　　　日

病院・診療所等の名称

所在地

電話番号

医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印