診　断　書

住　　所

　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　　月　　日生

　上記の者は、結核、感染性の皮膚疾患に罹患していない者であると診断する。

　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　医　師　名 　　　　 　　 ㊞