

診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生年月日	年 月 日	年 齢	歳
住 所			
<p>上記の者は結核、皮膚疾患、<u>その他厚生労働大臣</u> <u>の指定した伝染性疾患でないものと認めます。</u></p> <p style="color: red; border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">この3点についての診断が必要</p> <p style="color: red; border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">3か月以内 のもの</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	電 話	医師の印
	氏 名	印	

(* 様式見本です。この診断書様式は見本になりますので、所定の診断書用紙のご用意がない場合に使用してください。)