

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、その他厚生労働大臣 の指定した伝染性疾病でないものと認めます。</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 | |
| | 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。)