診　　断　　書

氏　　名

生年月日　　　　　　年　　月　　日

上記の者は、

結核、伝染性皮膚疾患（伝染性膿痂疹(トビヒ)、単純性疱疹、頭部白癬(シ

ラクモ)、疥癬等）にかかっている者に該当しないと診断します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

医療機関所在地

医療機関の名称

医師の氏名※

※氏名の自署または記名押印をしてください。