

# 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。