診　断　書

住　　所

氏　　名

　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生

　上記の者診断の結果，結核及び感染性の皮膚疾患（伝染性膿痂疹，単純性疱疹，頭部白癬，疥癬等）に罹っていないことを証明します。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　病院・診療所

の所在地

　　　　　　　　名 称

医 師 　印