

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日 生

1. 結核 有 () ・ 無

2. 皮膚疾患 (伝染性皮膚疾患) 有 ・ 無

上 記 の と お り 診 断 し ま す

令和 年 月 日

住 所 _____

病 (医) 院名 _____

医 師 _____ 印