診 断 書

住 所				
ふりがな	年			
八 石	月日	年	月	日生

上記の者は、結核、感染性の皮膚疾患ではないものと診断します。

 診 断 年 月 日
 年 月 日

 医療機関所在地
 医療機関名称

 医療 機 関 名 称
 印