

診 断 書

| | | | |
|------|--|------------------|--------|
| 住 所 | | | |
| ふりがな | | 生 年 月 日 | |
| 氏 名 | | | 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 師 名

印