

診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日 平成	年 齡	歳
住 所			
<p>上記の者は、結核及び伝染性皮膚疾患 でないものと認めます。</p> <p>上記のとおり診断します。</p>			
診断年月日	平成 年 月 日		
医 師	病院、診療所等 の 名 称		
	所 在 地 電 話 番 号	TEL	
	氏 名	印	

(※様式見本です。この診断書用紙は見本になりますので、所定の診断書用紙のご用意がない場合に使用してください。)