診　断　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 性別 | 男　　女 |
| 生　年　月　日 | 大正  昭和　　　　年　　　月　　　日  平成 | | 年　　　齢 | 歳 |
| 住所 |  | | | |
| 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。  上記のとおり診断します。 | | | | |
| 診断年月日 | 令和　　　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。）