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。）