

# 診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生年月日		年 齡	才
上記の者は、結核、伝染性皮膚疾患 に該当しないと診断します。			
診 察 年 月 日		令和 年 月 日	
医 師	施 設 名		
	所 在 地		
	氏 名		