

診 断 書

氏 名			性 別	男 女
生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	年 齢	歳
住 所				
上記の者は、結核及び感染性皮膚疾患でないものと診断します。				
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	⑩		

(注) 理容所・美容所届出用の様式見本です。
所定の診断書用紙のご用意がない場合にご使用ください。