

診 断 書

住所

氏名

昭和・平成 年 月 日 生

右の者は、結核性疾患、皮膚疾患及びその他の伝染性疾患を認めない。

右のとおり診断します。

平成 年 月 日

所在地

病院、診療所名

医師