

診 断 書

氏名 _____ 男・女

生年月日 _____

住所 _____

結核及び伝染性皮膚疾患の現症を認めない。

上記のとおり診断します。

年 月 日

診療所・病院名 _____

所在地 _____

医師名 _____ 印