

診 断 書

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日生
上記の者は、結核及び伝染性皮膚疾患にかかっていることを 診断します。	
診 断 年 月 日	年 月 日
病院・診療所等の名称	
病院・診療所等の所在地	
診 断 者 氏 名	医師.....個人印

※様式は見本です。

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。