

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日生

上記の者は、結核、伝染性膿痂疹（トビヒ）、単純性疱疹、
頭部白癬（シラクモ）、疥癬等皮膚疾患、その他伝染性疾
患にかかっている者でないことを診断する。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名

⑩