

診 断 書

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------|----|---|---|
| 氏 名 | | 性別 | 男 | 女 |
| 生 年 月 日 | 大正 昭和 年 月 日 年齢 才 平成 | | | |
| 上記の者は、 結核 及び 感染性皮膚疾患 に該当しないと診断します。 | | | | |
| 診 断 日 | 令和 年 月 日 | | | |
| 病院又は診療所の名称 | | | | |
| 所在地 | | | | |
| 医師氏名 | 印 | | | |

※申請時に添付する診断書は、診断日より一ヶ月以内のものに限ります。