診　断　書

住　　所

氏　　名

昭和・平成　　年　　月　　日生

上記の者診断の結果，結核及び感染性の皮膚疾患（伝染性膿痂疹，単純性疱疹，頭部白癬，疥癬等）に罹っていないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

病院・診療所

の所在地

名　　称

医　　師　　印