

## 診 断 書

住所.....

氏名.....

年 月 日生

上記の者は結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する  
伝染性疾病を認めません。

診断年月日 年 月 日

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

※医療機関に所定の様式がある場合は、そちらを使用してください。

※診断書は3ヶ月以内のものに限ります。