

診 断 書

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
結核、皮膚疾患、その他厚生労働大臣が指定する伝染性疾病ではないものと認めます。 上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 所在地 名 称 医師名			

※ 皮膚疾患とは伝染性膿痂疹（トビヒ）・単純性疱疹・頭部白癬（シラクモ）・疥癬等を指す。