診　　断　　書

住　所

氏　名

（生年月日）　　　年　　　　月　　　　日生

上記の者

結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患のないことを認める。

上記のとおり診断します。

平成　　年　　月　　日

病院等の所在地

病院等の名称

診断した医師の氏名　　医師　　　　　　　　　　㊞