（参考様式）

診断書

住所

氏名

生年月日

上記の者は、結核及び伝染性皮膚疾患に罹患していないと診断します。

年　　　　月　　　　日

所在地

医療機関名

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印