

診 断 書

氏名	生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
住所		
<p>上の者は、結核性疾患、伝染性皮膚疾患【伝染性膿痂疹(とびひ)・単純性疱疹・頭部白癬(シラクモ)・疥癬]の現症を認めない。</p>		
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>名 称</p> <p>医 師 印</p>		