

診断書

氏名		生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
住所						
<p>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でないものと認めます。</p> <p>上記のとおり診断します。</p>						
診断年月日	年 月 日					
医師	病院診療所等の 名称・所在地 電話番号					
	医師氏名					

※ この診断書様式は見本になります。指定の診断書様式がない場合に、
使用してください。

※ 診断が記載内容と相違ない場合に限り、使用してください。