

診 断 書

住所

氏名

生年月日

診査の結果、結核、感染性の皮膚疾患（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）について

異常なし ・ 異常あり

上記のとおり診断します。

年 月 日

所在地

診断機関名

医師名

印