診　　断　　書

住所

氏名

生年月日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　生

結核、皮膚疾患、その他伝染性疾病ではないものと診断します。

診 断 年 月 日　　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関等所在地

医療機関等名称

医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞