

診 断 書

受診者	住 所			
	氏 名		性 別	男・女
	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	年 齡 才
上記の者について、次のとおり診断します。				
1 結核				
<input type="checkbox"/> 該当しない				
<input type="checkbox"/> 該当する				
2 皮膚疾患				
<input type="checkbox"/> 該当しない				
<input type="checkbox"/> 該当する				
診 断 年 月 日		令和 年 月 日		
医 師	病院、診療所等の名称			
	所 在 地 電 話 番 号	☎ ()		
	氏 名	Ⓜ		

(※様式見本です。この診断書用紙は見本になりますので、所定の診断書用紙のご用意がない場合に使用してください。)