**診断書**

住所

氏名

昭和・平成　　　年　　　月　　　日　生

１．結核　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　有　・　無

１．感染性の皮膚疾患　　　　　　　　　　　　　　有　・　無

上記のとおり診断します

　　　　　年　　　月　　　日

住　　　　　所

病院・診療所名

医　　　　　師　　　　　　　　　　　　　　　　　印