

診 断 書

住所					
名前					
生年月日	年	月	日	年齢	歳
上記の者は 結核 及び 感染性皮膚疾患 に該当しないと診断します。					
診断日	年 月 日				
病院又は診療 所の名称					
所在地					
医師名	印				

※申請時に添付する診断書は、診断日より一ヶ月以内のものに限ります。