

診 断 書

住所

氏名

年 月 日生

記

- 1 結核を認めず。
- 2 感染性の皮膚疾患を認めず。

上記のとおり診断します。

年 月 日

医師の住所

〔医療機関の所在地
及 び 名 称〕

医師の氏名