

[理容・美容用]

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____ 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 月 日

診 断 項 目

- 1 結 核 有 ・ 無
- 2 伝染性皮膚疾患 有 ・ 無
- 3 その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患
有 ・ 無

上記のとおり診断しました。

年 月 日

所 在 地 _____

名 称 _____

医師氏名印 _____ (印)

主治医の方へ

診断書用紙は、医療機関備え付けのものでも結構です。