

# 診 断 書

氏 名

昭和・平成 年 月 日生

上記の者は

1 結核

なし  あり

2 伝染性皮膚疾患

なし  あり

平成 年 月 日

病院又は診療所の  
所在地、名称

医 師

Ⓔ