

# 診 断 書

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
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 氏 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。