

# 診 断 書

|                                       |             |    |   |   |
|---------------------------------------|-------------|----|---|---|
| 氏 名                                   |             | 性別 | 男 | 女 |
| 生 年 月 日                               | 年 月 日 年 齡 才 |    |   |   |
| 上記の者は、<br>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                                  | ⑩           |    |   |   |

※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。