

診 断 書

氏 名			
生年月日	年 月 日	年 齢	歳
住 所			
上記の者は、結核および伝染性皮膚疾患でないものと認めます。 上記のとおり診断します。			
診断年月日	年 月 日		
医 師	病院・診療所等の 名 称		
	所 在 地		
	電話番号		
	氏 名	印	

※理容師・美容師従事者の診断書（様式）です。所定の診断書用紙のご用意が無い場合に使用してください。