

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日生

上記の者は、結核、皮膚疾患（※1）、その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病（※2）でないものと診断します。

令和 年 月 日

医療機関名及び住所

氏 名

印

(注) ※1 伝染性膿痂疹（トビヒ）、単純性疱疹頭部白癬（シラクモ）、疥癬 等
※2 現在、指定されている伝染性疾病はない