

診 断 書

氏 名			
住 所			
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>・結核性疾患 <input type="checkbox"/>認めない <input type="checkbox"/> ()</p> <p>・感染性の皮膚疾患 <input type="checkbox"/>認めない <input type="checkbox"/> ()</p> <p>・厚生労働大臣の指定する感染症 <input type="checkbox"/>認めない <input type="checkbox"/> ()</p> <p style="padding-left: 40px;">[現在指定なし]</p>			
診断年月日	年 月 日	※所見等、詳細については別紙可	
医 師	医療機関等の名称		
	所在地		
	氏 名	TEL — —	④