理・美容師従事用

診　　　　断　　　　書

　　　住　　　　　所

　　　氏　　　　　名

　　　生　年　月　日　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　上記の者は、結核及び感染性の皮膚疾患にかかっている者でないと診断します。

　　　診断年月日　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　医　師　住　所

　　　（施設所在地）

　　　施　設　名　称

　　　医　師　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印