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　　　　　　　　　　　　　　㊞

（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