

# 診 断 書

住 所

氏 名

様

年 月 日 生

上記の者診査の結果、結核、伝染性皮膚病、その他の伝染性疾患を認めず、身体健康なるものと診断致します。

年 月 日

住 所

医 師 氏 名

印