

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