

(理美容関係)

診断書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

(病名)

(所見)

1 結核性疾患

2 皮膚疾患

3 その他伝染性疾患

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関名

医 師

印