

(理容所・美容所の開設・従業者用)

診 断 書

住 所
氏 名

大正

生年月日 昭和 年 月 日生
平成

上記の者、結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病にかかっていない。

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

医療機関 名 称
所 在 地

医 師

印