

診 断 書

氏 名			性 別	男	女
生 年 月 日			年 齢		
上記の者について、下記のとおり診断します。 1 結核について 疾患を ☐ 認めない ☐ 認める 2 伝染性皮膚疾患について 疾患を ☐ 認めない ☐ 認める					
診断年月日	令和 年 月 日				
医 師	病院、診療所等の名称				
	所 在 地	TEL			
	氏 名				

* 各項目について、該当する欄（☐）にチェック印（☒）をつけてください。

<理容師法、美容師法に基づく従業員届出用>