診　　　　断　　　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　生 年 月 日

　　上記の者は、結核・皮膚疾患・その他の伝染性疾病にかかっていないことを認める。

　　上記のとおり診断する。

　　　　　　　　　　令和　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　医　療　機　関　名

　　　　　　　　　　　　医　　　　　　　師　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（本診断書は、理美容所の開設届け・変更（雇入）届に添付が必要なものです。）