

[理容・美容用]

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____ 男 ・ 女 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日生

診 断 項 目

- | | | |
|---|---------|-------|
| 1 | 結 核 | 有 ・ 無 |
| 2 | 伝染性皮膚疾患 | 有 ・ 無 |

上記のとおり診断しました。

令和 年 月 日

所 在 地 _____

名 称 _____

医師氏名印 _____ (印)