

健康診断書

住所

氏名

年 月 日生まれ

上記の者は、結核、感染性の皮膚疾患（伝染性膿痂疹、単純性疱疹、頭部白癬、疥癬等）その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患に罹患していない。

以上診断する。

令和 年 月 日

所在地

診療施設名

医師

印