（理美容関係）

診 断 書

住　　所

　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　年　　　月　　　日

　　　（病名）　　　　　　　　　　　　　　（所見）

１　結核性疾患

２　皮膚疾患

３　その他伝染性疾患

　　　　　　　　　上記のとおり診断する。

　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　医　　　師　　　　　　　　　　　　　　　㊞