

診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日 平成	年 齡	歳
住 所			
<p>上記の者は、結核及び伝染性皮膚疾患 でないものと認めます。</p> <p>上記のとおり診断します。</p>			
診断年月日	令和 年 月 日		
医 師	病院、診療所等の 名 称	雪月花メディカルクリニック秋葉原診療所	
	所 在 地 電 話 番 号	〒101-0021 東京都千代田区外神田6丁目14-2 サカイ末広ビル1階・7階 TEL 03-5312-5301	
	氏 名	印	