診　　断　　書

住　所

氏　名

（生年月日）　　　年　　　　月　　　　日生

上記の者には、理・美容師法施行規則第19条第2項に規定される結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患はありません。

上記のとおり診断します。

　　　　年　　月　　日

病院等の所在地

病院等の名称

診断した医師の氏名　　医師　　　　　　　　　　㊞