

理・美容師従事者用

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日

年 月 日

上記の者は、結核及び伝染性皮膚疾患にかかっている者でないと診断します。

診断年月日

年 月 日

施設所在地

施 設 名

医 師 氏 名

㊟