

No. \_\_\_\_\_

## 健康診断書

住 所

氏 名

年 月 日生

上記の者健康にして、結核及び皮膚疾患を認めず。

\* 皮膚疾患とは、伝染性膿痂疹(トビヒ)、単純性疱疹、頭部白癬(シラクモ)、疥癬等の感染性の皮膚疾患のことである。

年 月 日

医療機関名称

医療機関所在地

医師氏名

印