診 斯書

氏 名					性	別	男	女
生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	年	龄		歳
住 所								

上記の者は、結核および伝染性皮膚疾患でないものと認めます。

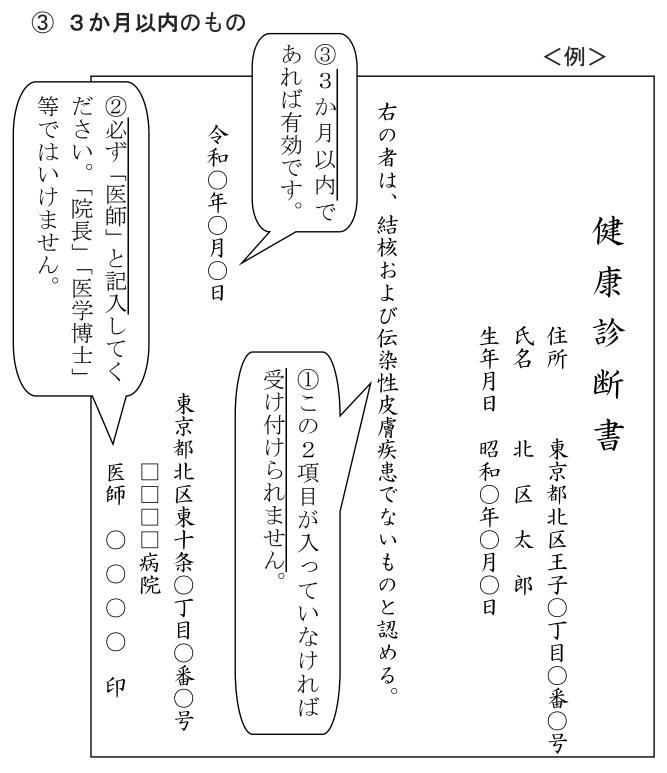
上記のとおり診断します。

診断年月日	年	月 日	
	病院、診療所等の 名 称		
医 師	所 在 地電話番号		Tel
	氏 名		印

(※様式見本です。この診断書用紙は見本になりますので、所定の診断書用紙のご用意がない場合に使用してください。)

理·美容師免許をお持ちの方が、従業者登録される場合、下記の 要件を満たした健康診断書が必要になります。

- ① 結核・伝染性皮膚疾患の有無が明記されていること
- ② 医師が発行したと明記されていること



★診断項目などの間違いが多くなっております。念のため、この紙 を受診する病院等にお持ちになるなどして、間違いを防ぎましょう。