

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、結核およ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 | 年 月 日 | | |
| 医 師 | 病院、診療所等の の 名 称 | | |
| | 所 在 地 号 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
- ③ 3か月以内のもの

＜例＞

健康診断書

住所 東京都北区王子〇丁目〇番〇号
氏名 北 区 太 郎
生年月日 昭和〇年〇月〇日

右の者は、結核および伝染性皮膚疾患でないものと認める。

③ 3か月以内であれば有効です。

令和〇年〇月〇日

① この2項目が入っていない場合は受け付けられません。

東京都北区東十条〇丁目〇番〇号

病院
 医師

〇〇〇〇 印

② 必ず「医師」と記入して下さい。「院長」「医学博士等」ではいけません。

★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。