

〔理容・美容関係届用〕

## 診 断 書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 大・昭・平 年 月 日生

上記の者は、結核、皮膚疾患その他伝染性疾病でないことを診断しました。

平成 年 月 日

所 在 地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

医師の氏名 \_\_\_\_\_