**診　　　　断　　　　書**

住　　所

　　　 氏　　名

　　　 生年月日　　　　　　　 年　　月　　日

　上記の者は検診の結果、結核、皮膚疾患、その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患の症状を認めません。

上記のとおり診断いたします。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　 医療機関名

　　　 所　在　地

　医　師　名

　※ １ 結核については、Ｘ線撮影による所見を加えても差し支えありません。

　　 ２ 皮膚疾患は「理容所及び美容所における衛生管理要領（昭和56年6月1日環指第95号厚省環境衛生局長通知）第三の２の（１）イに基づき、感染性の皮膚疾患（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）をいいます。

　　 ３ その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患は、現在のところ、指定はありません。

理容所・美容所の開設、従事する理容師・美容師の変更等の届出の際に提出してください。

・診断書は診断年月日より３ヶ月以内のものを提出してください。

　・診断書の用紙は、医療機関等備え付けのものでも構いません。