

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

印

- ※ 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。