

〔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する。

年 月 日

所 在 地 _____

名 称 _____

医師の氏名 _____