

診 断 書

住所

氏名

年 月 日生

結核及び皮膚疾患を認めません。

上記のとおり診断します。

年 月 日

病(医)院所在地 東京都新宿区新宿4-4-1第1スカイビル5F

病(医)院名称 新宿スカイビル健診テラス

医師名

㊟