|  |
| --- |
| **診　　　　断　　　　書**  住　　所  　　　 氏　　名  　　　 生年月日　昭・平・西暦　 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。  　　　　令和　　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。