診　　断　　書

住　　所

氏　　名

生年月日　　　　年　　月　　日（満　　歳）

上記の者について、次のとおり診断します。

|  |  |
| --- | --- |
| 診断項目 | 所　　　　見 |
| 結　　核 |  |
| 皮膚疾患 |  |
| その他（厚生労働大臣の指定する伝染性疾病などについて） | |

令和　　年　　月　　日

病院・診療所名

所　　在　　地

医　　　　　師

**クリーニング所開設届等の健康診断項目について**

**開設者の方へ**

開設届の際には**結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病の有無に関する医師の診断書（３か月以内のもの）**を添付する必要があります。

また、次の場合は変更届に同様の診断書を添付していただく必要があります。

○新たな方を作業に従事させる場合

○従事している理・美容師について、結核、皮膚疾患の有無に変更があった場合

**医師の方へ**

結核、皮膚疾患の有無についての診断をお願いします。診断書は、裏面の様式をお使いいただくか、診断書中に結核、皮膚疾患でない旨が記載されていれば、病院等で通常使用されている様式でも差し支えありません。

皮膚疾患の有無については、特に感染性の皮膚疾患（伝染性膿痂疹、単純性疱疹、頭部白癬、疥癬等）について所見の記載をお願いします。

問い合わせ 鹿角市市民部生活環境課　環境推進班

ＴＥＬ ０１８６－３０－０２２４