診　断　書

住　所

氏　名

　　　　年　　月　　日生

　　　　　　　（　男 ・ 女　）

1. 結核の有無
2. 皮膚疾患の有無

（伝染性膿痂疹、単純性疱疹、頭部白癬、疥癬等の皮膚疾患）

上記のとおり診断しました。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

医師住所（所在地）

　　　　（施設名）

医師氏名

理容師、美容師の診断書について

新たに理容所、美容所を開設する場合、開設届に理容師、美容師につき、医師の診断書を添付する必要があります。（理容師法施行規則第１９条第２項、美容師法施行規則第１９条第２項）

　また、理容師、美容師を雇入れた場合も、同様に医師の診断書が必要です。

（理容師法施行規則第２０条、美容師法施行規則第２０条）

診断書には、**「結核の有無」**と**「皮膚疾患の有無」**の項目が必要です。

◆「結核の有無」は、胸部Ｘ線検査等により確認をお願いします。

◆「皮膚疾患の有無」は、伝染性膿痂疹、単純性疱疹、頭部白癬、疥癬等の皮膚疾患の有無の確認をお願いします。

診断書については、「結核の有無」、「皮膚疾患の有無」が記載されていれば様式は問いません。

一宮市保健所　保健予防課

電話０５８６-５２-３８５５