

# 診 断 書

氏名		性別	男	女
生年 月日	昭和 平成	年 月 日	年齢	歳
上記の者について、下記のとおり診断します。				
① 精神機能の障害				
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
② 法定伝染病、結核、その他の伝染性疾患				
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
①が有の場合は、診断名及び現に受けている治療の内容並びに治療等による障害の程度が軽減している状況等(できるだけ具体的に記載してください。) 詳細については、別紙でも結構です。				
診断年月日				
医療機関名				
所在地				
電話番号 — —				
医 師 名 <span style="float: right;">㊞</span>				

## 【主治医へ お願い】

- ① この診断書は 郡山理容学校(理容師養成施設)受験申込みに必要な書類です。
- ② 精神機能の障害により、理容師の業務を適正に行うに当たって必要な認知判断及び意思疎通を適正に行うことができるかについて診断し、その所見についてご記入ください。
- ③ 診断書用紙は、医療機関備え付けのものでも結構です。

## 【受験者注意事項】

- \*診断日から1か月を超えている診断書は提出できません。
- \*伝染性疾患が有る場合完治するまで本校の受験はできません。