

健 康 診 断 書

氏名		性 別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	年 月 日		
(1) 現 在 の 健 康 状 態	身 長			cm	(2)	結核性疾患	
	体 重			kg	既 症	その他の 疾病異常	
	視 力	裸眼	左 () 右 ()		(3) 胸 部 X 線 所 見		
		矯正	左 () 右 ()				
	聴 力						
	結核性疾患			(4)	特 記 事 項		
その他の 疾病異常							
<p>検査の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">検 査 所 名</p> <p style="margin-left: 150px;">検 査 医 氏 名</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> </div>							

記入上の注意 ①この証明書は、申請書提出前3月以内のものとする事。
 ②この証明書は、医師の診断証明とする事。

注 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。