

身体に関する証明書

氏名 (旧姓・通称名)		性別	男 女	生年月日	昭・平 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						
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="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">検 査 所 名</p> <p style="text-align: center;">検 査 医 氏 名</p>							

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1 旧姓及び通称名の記入は、任意とする。
 2 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。