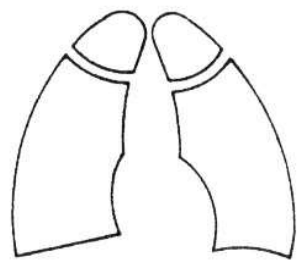


健康診断証明書

| | | | | | |
|---|------|-------|-----------------------|----------------------------|---|
| 住 所 | | | | | |
| 氏 名 | | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 月 日生 |
| 身 長 | ・ cm | | 胸 部 所 見 断 | エ ッ ク ス 線 診 | 平成 年 月 日撮影 |
| 体 重 | ・ kg | | | | 直 接 間 接 |
| 視 力 | 右 | ・ () | | |  |
| | 左 | ・ () | | | |
| 聴 力 | 右 | | 所 見 | | |
| | 左 | | () | | |
| 検 尿 | 糖 | () | 血 圧 | / mmHg | |
| | 蛋 白 | () | 既往症 | | |
| その他の所見 | | | | | |
| 上記のとおり証明する。 平成 年 月 日 診断者 住 所 氏 名 印 | | | | | |

※勤務先の会社等で平成25年4月1日以降に実施した健康診断による証明書の写しでも可とします。ただし、上記検診項目がすべて実施されていない場合は、未検診項目についても検診の上、併せて提出してください。