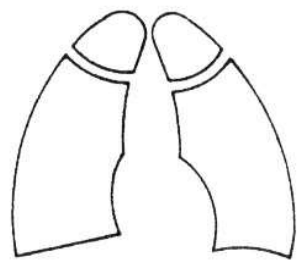


健康診断証明書

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					

※学校や勤務先等で最近6カ月以内に実施した健康診断による証明書でも可とします。
 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。