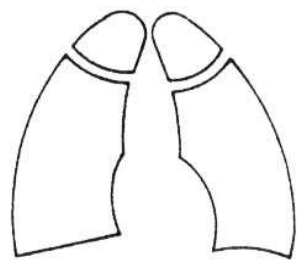


健康診断証明書

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	・ ()					所 見
	左	・ ()					
聴 力	右			()			
	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。