


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 エ ッ ク ス 線 診 断	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							

勤務先の会社等で今年（平成24年1月1日以降）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。