健　康　診　断　書

氏名		性　別	男　　女	生年月日	年　　月　　日

(1)現在の健康状態	身　　長		cm	(2)既症	結核性疾患		
	体　　重		kg		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			(4)特記事項			
	その他の疾病異常						

検査の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

年　　月　　日

検 査 所 名

検 査 医 氏 名　　㊞

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こと。
②この証明書は、医師の診断証明とすること。

注　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４縦長とする。