

## 身体に関する証明書

氏名 (旧姓・通称名)		性別	男 女	生年月日	昭・平 年 月 日
(1) 現 在 の 健 康 状 態	身長			cm	(2) 結核性疾患  その他の 疾病異常
	体重			kg	
	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					
<p>検査の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">検 査 所 名</p> <p style="text-align: center;">検 査 医 氏 名</p>					

- 注1 旧姓及び通称名の記入は、任意とする。  
 2 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

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事。  
 ②この証明書は、医師の診断証明とする事。  
 ③現に学校職員として勤務している者については、この様式に代えて申請書提出前1年以内の定期健康診断結果の写しを提出することができる。