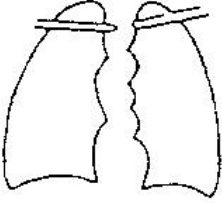


様式第3号（第5条関係）

健康診断書

フリガナ			
氏名	男 女	生年月日	年 月 日
住所	(〒 -) 電話番号 ()		

健康の状況（診断事項）					
身長	・ cm		体重	・ kg	
視力	右	・ 矯正（ ・ ）	聴力	右	正常・異常（ ）
	左	・ 矯正（ ・ ）		左	正常・異常（ ）
エックス線検査	直接 間接			その他の疾病及び異常	
		年 月撮影			
	所見	異常なし（ ）			
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。					
令和 年 月 日					
住所(所在地)					
医療機関名					
医師の氏名					
印					

上記診断項目を満たしていれば他の様式でも構いません。