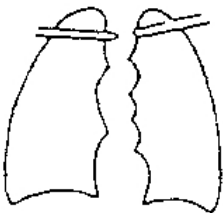


健康診断書

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名	男 女		
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					