

健康診断書

ふりがな 氏名	_____		出身学校等	
生年月日	平成 年 月 日	卒業・卒業見込 年月日	平成 年 月 日	卒業 卒業見込
視力	右	()		
	左	()		
聴力	右	異常なし・難聴		
	左	異常なし・難聴		
胸部レントゲン		直接撮影 ・ 間接撮影 (フィルム番号)		
		所見 (異常なし ・ 要管理)		
疾病及び健康に配慮を要する事項				
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>医師 印</p>				