

身体に関する証明書

氏名

昭和・平成 年 月 日生

項目	状況
聴力	右 左
視力	右 (矯正) 左 (矯正)
疾病異常	無 ・ 有 ()
総合所見	
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 診断機関の所在地 診断機関の名称 医師 氏名 (印)	

注 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。