

## 健 康 診 断 書

ふりがな 氏 名		出身学校等 中・高	
生年月日	年 月 日	修了・卒業 年月日	修了・卒業 年 月 日 修了・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 style="text-align: center;">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; margin-top: 20px;">所在地</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">名 称</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">医 師</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">印</p>			