

身体に関する証明書

現住所			
氏名			
生年月日			
身長	cm	視力	右 矯正
体重	kg		左 矯正
血圧	mmHg	聴力	
胸部X線 検査所見 【間接・直接】	撮影年月日 令和 年 月 日 フィルム番号 No. 1 特記事項なし 2 特記事項あり		
疾病異常 等の所見	1 特記事項なし 2 特記事項あり		
就業上の 注意事項	1 特記事項なし 2 特記事項あり		
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医療機関名 住所 氏名			