第２号様式

健　康　診　断　書

<table>
<tr><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>出身学校</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>卒業年月</td><td>年　　月　卒業</td></tr>
<tr><td rowspan="2">視　　力</td><td>右</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td>左</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">聴　　力</td><td>右</td><td colspan="3">異常なし ・ 難聴</td></tr>
<tr><td>左</td><td colspan="3">異常なし ・ 難聴</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">胸部レントゲン</td><td colspan="3">直接撮影　　・　間接撮影　　（フィルム番号　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">所　見　（　異常なし　・　要管理　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">疾病及び健康に配慮を要する事項</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり相違ないことを証明する。

年　　月　　日

所在地

名　称

医　師　　印</td></tr>
</table>