

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>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;">所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医 師 印</p>			