

健康診断書

ふりがな		出身学校	
氏名			
生年月日	S・H 年 月 日	卒業年月日	年 月 日 卒業
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			
上記のとおり相違ないことを証明する。			
令和 年 月 日			
所在地			
名称			
医師			印