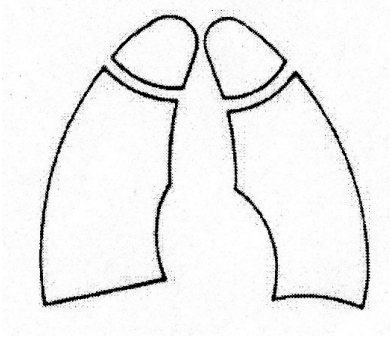


# 健康診断証明書

住所					
氏名		男・女	生年月日	年 月 日生	
身長	・	cm	胸部 エックス線 診断 所見	令和 年 月 日撮影 直接 間接	
体重	・	kg			
視力	右	・ ( )			
	左	・ ( )			
聴力	右				
	左				
検尿	糖	( )	血圧	/ mmHg	
	蛋白	( )	既往症		
その他の所見					
上記のとおり証明する。 令和 年 月 日 診断者 住所  氏名 印					

\* 勤務先の会社等で今年度実施した健康診断による証明書でも可とします。  
 ただし、上記検診項目がすべて実施されていない場合は、未検診項目についても検診の上、併せて提出してください。