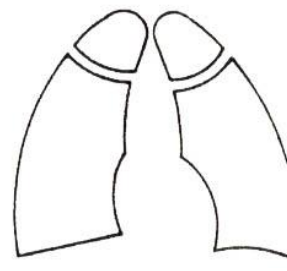


健康診断証明書

住 所							
氏 名		男・女	生年月日	昭和・平成	年 月 日生		
身 長	・ cm		胸 部 エ ッ ク ス 線 診 断 所 見	平成 年 月 日撮影			
体 重	・ kg			直 接 間 接			
視 力	右	・ ()					
	左	・ ()					
聴 力	右						所 見
	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。 平成 年 月 日 診断者 住 所 氏 名 印							

※勤務先の会社等で平成25年4月1日以降に実施した健康診断による証明書の写しでも可とします。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。