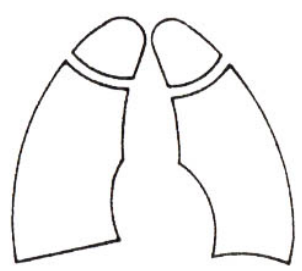


健康診断証明書

住 所							
氏 名		男・女	生年月日	昭和 年 月 日生			
身 長	・ cm		胸 部 見 断 エ ッ ク ス 線 所 診	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							

※勤務先の会社等で今年（平成19年1月1日以降）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。

※提出日

第一次試験日：言語聴覚士・理学療法士・児童クラブ指導員
 こども未来館企画運営（子育てゾーン）・保健師

第二次試験日：一般事務・軽労務・こども未来館企画運営（体験・発見ゾーン）
 地区市民館長