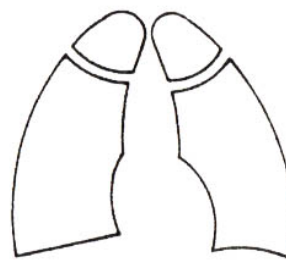


# 健康診断証明書

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 直接 間接	 所 見 ( )
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。 平成 年 月 日 診断者 住 所 氏 名 印					

※勤務先の会社等で今年度（平成21年4月1日以降）に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。