

健康診断書

様式第4号（第4条関係）

フリガナ			生年月日（西暦）
氏名			年 月 日生
視力	右	・（・）	医師所見
	左	・（・）	
聴力	右		
	左		
胸部X線検査			
その他の疾病及び異常			
検尿	蛋白（	）糖（	） 血圧
上記の通り証明する。			
年 月 日			
医師住所氏名			印

※受診後3ヶ月以内のものに限ります。

（科目等履修生用）