

身体に関する証明書

現住所	
氏名	
生年月日	

1 現 在 の 健 康 状 態	身長		cm	2 既 往 症	結核性疾患			
	体重		kg		その他の 疾病異常			
	視 力	裸眼	右() 左()	3 胸 部 X 線 所 見				
		矯正	右() 左()					
	聴力		右 左					
	結核性疾患							
その他の 疾病異常			4 特 記 事 項					

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医師住所
氏名

印

備考 出願前3月以内のものであること。