

身体に関する証明書

現住所

氏名

年 月 日生

1 身長 cm

2 体重 kg

3 視力 (裸眼)右 左 (矯正)右 左

4 聴力 右 左 X線検査(直接撮影)

5 呼吸器

6 四肢

7 現在の疾病

8 主な既往症

9 その他の所見



上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師 氏名