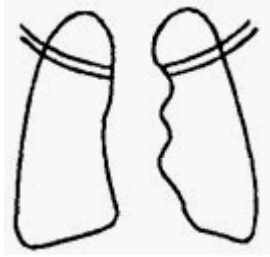
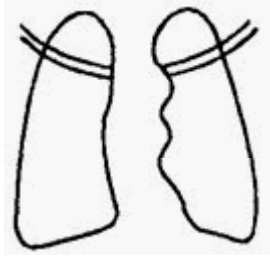


身体に関する証明書				
本籍地	宮 城 都・道・府 (県)	「本籍地」は「都道府県名のみ」を記入		
住所	仙台市〇〇区〇〇町〇丁目〇-〇	「住所」は「現に住んでいる所」を記入		
氏名	免 許 太 郎			
生年月日	昭和54年12月10日			
身長	cm	胸部レントゲン撮影	年 月 日	
体重	kg		フィルムNo. ....	
視力	裸眼 右 ( ) 左 ( ) 矯正 右 ( ) 左 ( )			直接 間接 所見 有 ( ) ・ 無
聴力	正常・異常 ( )			
血圧	最大 mmhg 最小 mmhg			
尿	糖 ( ) 蛋白 ( )			
聴診・打診 その他の 検査所見	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>医療機関において受診してください。</p> <p>※ 再検査・精密検査又は治療等を要する検査項目がある場合は、再検査・精密検査の受診状況・検査結果等又は治療等の状況が確認できる資料も併せて提出してください。</p> </div>			
主な 既往症				
総合所見				
上記のとおり証明します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 医療機関 (所在地) 仙台市〇〇区〇〇町〇丁目〇-〇 (名称) 〇 〇 医 院 (医師氏名) 〇 〇 〇 〇				



身体に関する証明書				
本籍地	都・道・府・県			
住所				
氏名				
生年月日	年 月 日			
身長	cm	胸部レントゲン撮影	年 月 日	
体重	kg		フィルムNo. ....	
視力	裸眼 右 ( ) 左 ( ) 矯正 右 ( ) 左 ( )			所見 有 ( ) ・ 無
聴力	正常・異常 ( )			
血圧	最大 mmhg 最小 mmhg			
尿	糖 ( ) 蛋白 ( )			
聴診・打診 その他の 検査所見				
主な 既往症				
総合所見				
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関 (所在地)</p> <p>(名称)</p> <p>(医師氏名) <span style="float: right;">印</span></p>				