

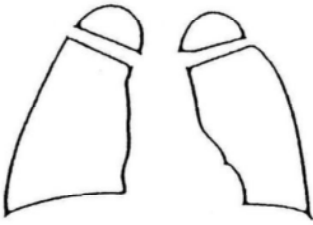
[医療機関用]

平成 24 年 3 月高等学校卒業見込みの者は不要

健康診断書

氏名

平成・昭和 年 月 日生

身長	cm	X線検査 所見 
体重	kg	
胸囲	cm	
視力	右 () 左 ()	
聴力	右 左	
尿検査		
特記事項		

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

住所（所在地）

医療機関名

医師名

