

第2号様式

健康診断書

ふりがな 氏名	_____		出身学校等 中・高	
生年月日	年	月	日	修了・卒業 年月日 年 月 日 修了・卒業見込
視力	右	()		
	左	()		
聴力	右	異常なし・難聴		
	左	異常なし・難聴		
胸部レントゲン	直接撮影 ・ 間接撮影 (フィルム番号)			
	所見 (異常なし ・ 要管理)			
疾病及び健康に配慮を要する事項				
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 所在地 名称 医師 印				