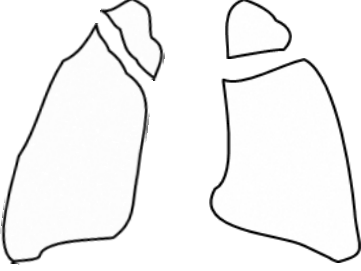


健康診断書

氏名

平成・昭和 年 月 日生

身長	c m	胸 囲	c m
体 重	k g	X線検査 所見 直接・間接 	
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。

令和 年 月 日

住所（所在地）

医療機関名

医 師 名