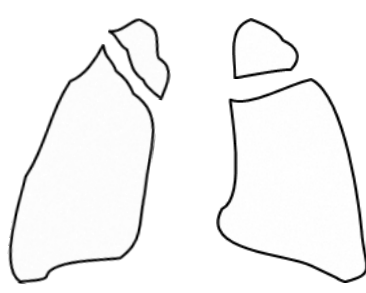


健康診断書

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。

年 月 日

住所（所在地）

医療機関名

医師名