

身体に関する証明書

現住所 島根県〇〇市△△町□□番地
◇◇アパート▽▽号室
氏名 島根 太郎

生年月日 昭和〇〇年 △月 □日 生

1	視力	右	(矯正)
		左	(矯正)
2	聴力	病院や診療所等の医療機関において、各項目の確認を受けて下さい。 健康診断結果等で代替することはできません。	
3	現在治療中の疾病		

上記のとおり証明する。

令和〇年 △月 □日

所在地・医療機関名・担当医師名を記入してください。印は担当医師の個人印でかまいません。

住所 島根県松江市△△町□□番地
▽▽▽▽病院
医師氏名 松江 太郎

