

健康診断証明書				
ふりがな： 氏 名：				
性 別： 男 ・ 女				
生年月日： 昭和・平成 年 月 日生				
身体計測	身長 cm ， 体重 kg ， 胸囲 cm			
	視力		右	左
		裸眼		
		矯正		
内科的疾患	ない・ある （ ）			
外科的疾患	ない・ある （ ）			
法定伝染病的疾患	ない・ある （ ）			
胸部レントゲン 撮 影	年 月 日 （出願前3ヶ月以内撮影のもの） 所見：			
備 考	色覚：			
身 体 検 査 証				
出願者氏名				
上記の者、細胞検査を行うにあたり必要な認識や思考、行動、意志疎通を正しく行うことに 障害をきたすような視覚障害、色覚障害あるいは精神疾患がないことを証明する。				
平成 年 月 日				
施 設 名				
医師氏名 印				