

健康診断書

氏名 ふりがな	年 月 日生						
住所							
視力	裸眼		矯正		聴力	左	右
	左	右	左	右			
胸部X線 その他 (妊娠の有無)							
医師の 総合所見							
上記の通りであることを証明します。 令和 年 月 日 医師氏名							