

平成〇〇年〇〇月〇〇日

医療機関名 ○○○○医院

医師氏名 ○○ ○○



印

下記のとおり証明します。

記

受診日：平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

本 籍 地	群馬県	現住所	群馬県前橋市大手町 1－1－1
氏 名	群馬 太郎	生年月日	昭和 6 2 年 9 月 1 0 日
身 長	cm	現 症	
体 重	kg	1	X線写真（直接又は間接）
視 力	右 矯正 () 左 矯正 ()		見
眼 疾	無 ・ 有		
聴 力	右 正常・異常 () 左 正常・異常 ()		
言 語			
ツベルク リン反応	既陽性 陽 転 歳ごろ	2	赤 沈（X線写真有所見者のみ） 1 時間 2 時間
B C G	未接種 接 種 年 月	3	理学的所見
既 往 症 ア 結核性疾患		4	尿 検 査 糖 () ・ たん白 () ・ 潜 血 ()
		5	血 圧 ～
イ その他の疾患		6	その他の疾患 ア 心臓疾患 イ じん臓疾患 ウ 精神疾患 エ 伝染性疾 オ その他 ()
		7	総合評価 A 健康な状態である。 B 勤務に支障ない状態である。 C 精密検査が必要である。 D 早急に治療が必要である。
備 考			

注 1 証明者、医療機関の医師であること。
2 この証明書は、提出日を基準として1年前までに受診したものを有効とする。

身 体 に 関 す る 証 明 書

年 月 日

群馬県教育委員会あて

医療機関名

証明者

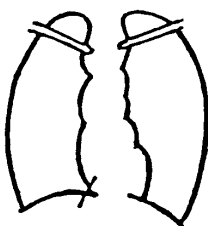
医 師 氏 名

印

下記のとおり証明します。

記

受診日： 年 月 日

本 籍 地		現住所		
氏 名		生年月日	年 月 日	
身 長	. cm		現 症 1 X線写真（直接又は間接） 所 見 2 赤 沈（X線写真有所見者のみ） 1 時間 2 時間 3 理学的所見 4 尿検査 糖 . たん白 . 潜 血 () () () 5 血 圧 ~ 6 その他の疾患 ア 心臓疾患 イ じん臓疾患 ウ 精神疾患 エ 伝染性疾患 オ その他 () 7 総合評価 A 健康な状態である。 B 勤務に支障ない状態である。 C 精密検査が必要である。 D 早急に治療が必要である。	
体 重	. kg			
視 力	右 ()			
	左 矯正 ()			
眼 疾	無 ・ 有			
聴 力	右 正常・異常 ()			
	左 正常・異常 ()			
言 語				
ツベルク	既陽性			
リン反応	陽 転 歳ごろ			
B C G	未接種			
	接 種 年 月			
既 往 症				
ア 結核性疾患				
イ その他の疾患				
備 考				

注 1 証明者、医療機関の医師であること。
2 この証明書は、提出日を基準として1年前までに受診したものを有効とする。