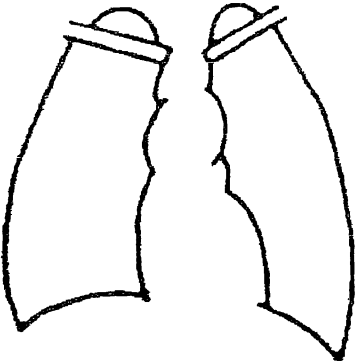


健康診断証明書

氏名		生年月日		昭和・平成 年 月 日生	
身 体 状 況	区分	異常の有無		既 往 症	
	運動	有 ・ 無			
	視覚	有 ・ 無			
	聴覚	有 ・ 無			
	言語	有 ・ 無			
	その他	有 ・ 無			
有の場合の 具体的内容			現 症	～入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無 及びその内容～	
レントゲン写真		直接		現 症	
撮影 平成 年 月 日					
			そ の 他 の 特 記 事 項		
異常の有無		有 ・ 無			
<p>診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所（所在地）</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名</p>					