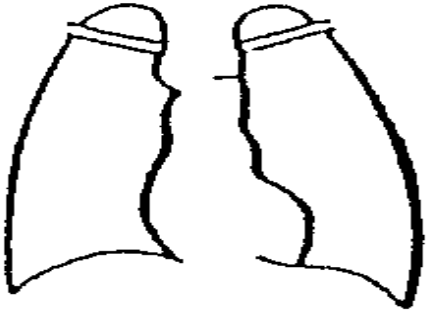


(第2号の4様式)

健康診断書

名前		校種		教科目	
生年月日		採用予定学校	※		

身長		cm	胸部		フィルム No. _____ 撮影 年 月 日
体重		kg			
腹囲		cm			
視力	右	(.)	X線	所見	10×10
	左	(.)			
聴力	右		線		
	左			その他	
言語障がい					
運動障がい			その他の疾病及び異常		
検尿	糖		既往症		
	蛋白				
	ウロビリノーゲン				
	潜血				
血圧					
聴打診					
就業上の注意事項等 総合所見					
上記の通り証明する。 平成 年 月 日 機関の所在地 ならびに名称 医師名 印					

(注) 医療機関等で受診してください。

(注) この健康診断書の内容は配属先の参考として使用します。