

第9号様式(第12条、第15条、第34条関係)

身体に関する証明書			
本籍地 (都道府県名)	大分県		氏名
現住所	大分市〇〇町〇丁目1-1		豊後 豊子 昭和 46 年 〇 月 〇 日生
視力	右 左	矯正	右( ) 左( )
聴力			
既往症及び現症について	※医師に所見を求める項目は視力、聴力、既往症及び現症についての欄のみで可。		
上記のとおり診断する。			
公的機関とは雇用関係の健康診断を受けられる医療機関となる。 例:大分市 成人病検診センター			
年 月 日			
公的機関 ( ) 又は ( 〇〇認定こども園 ) 園医・嘱託医 住所 ※医院住所 園医・嘱託医 氏名 ※医師の氏名・印 (印)			
※受診は公的医療機関または幼稚園の園医、保育所等の嘱託医のいる医院で受診してください。			