

<h2 style="margin: 0;">身体に関する証明書</h2>				
本籍地 <small>(都道府県名)</small>			氏名 (旧姓)	
現住所			(通称名)	
年 月 日生				
視力	右 左	矯正	右() 左()	
聴力				
既往症及び現症について				
<p style="text-align: center;">上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;"> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>医師氏名</p> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <p>印</p> </div> </div>				

備考 旧姓及び通称名の記入は、任意とする。