

記入例

| 身体に関する証明書 | | | | | | | | | | |
|---|---|----|--------------|---------------|-------|------|-----|--------|------|---|
| 本籍地 <small>(都道府県名)</small> | 大分県 | | 氏名 (旧姓) | 豊後 豊子 | | | | | | |
| 現住所 | 大分市〇〇町〇丁目1-1 | | (通称名) | 昭和 46年 〇月 〇日生 | | | | | | |
| 視力 | 右 左 | 矯正 | 右() 左() | | | | | | | |
| 聴力 | ※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。 | | | | | | | | | |
| 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。 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">医療機関名</td> <td>●●病院</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>〇〇市●丁目</td> </tr> <tr> <td>医師氏名</td> <td>〇〇 〇〇 印</td> </tr> </table> | | | | | 医療機関名 | ●●病院 | 所在地 | 〇〇市●丁目 | 医師氏名 | 〇〇 〇〇 印 |
| 医療機関名 | ●●病院 | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〇〇市●丁目 | | | | | | | | | |
| 医師氏名 | 〇〇 〇〇 印 | | | | | | | | | |

備考 旧姓及び通称名の記入は、任意とする。