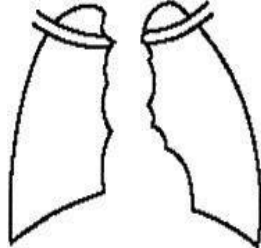


健康診断証明書

ふりがな			
氏名			性別：男・女
生年月日	昭和 平成	年	月 日 (歳)
身長		体 重	
視力	右	()	左 ()
胸部 X 線 所 見	平成 年 月 日 撮影		
	異常なし		
	下記の所見あり		間接 直接
			
その他の見			
概 評			
備 考			
上記のとおり診断します 平成 年 月 日 医療機関名 医 師			
(印)			