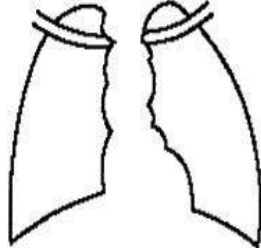


# 健康診断証明書

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	令和 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 令和 年 月 日  医療機関名 医 師 <span style="float: right;">(印)</span>			