

健康診断証明書

氏 名			
生 年 月 日	西 暦	年	月 日
身 長	c m		
体 重	k g		
視 力	左	裸眼	矯正
	右	裸眼	矯正
血 圧	/ m m H g		
X 線 検 査	フィルム番号		
	所見		
尿 検 査	蛋 白 ()	糖 ()	
備 考			
上記のとおり証明します。 西暦 年 月 日 <div style="text-align: center;">医療機関名</div> <div style="text-align: center;">医 師 名</div> <div style="text-align: right;">⑩</div>			