

# 身体検査書

氏名		生年月日	平成	年	月	日
住所					性別	男・女
身長		cm	体重		kg	
視力	裸眼 R:	L:	矯正 R:	L:		
聴力	R:		L:			
色覚						
医師証明欄		医療機関名				
令和		年	月	日		
				医師名		印

※医療機関等で受診してください。