

# 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3年  |       | 月     | 日     |    |    |     |
|       |       |       | 医師名   |    | 印  |     |

※医療機関等で受診してください。