

<記入例>

※ 1 ページ目が記入例で、2 ページ目が提出用です。

※ 健康診断（写）では代用できません。  
必ずこの様式に医師の証明を受けてください。

別記第7号様式

## 身体に関する証明書

本 籍 地（都道府県名のみ）〇〇県

現 住 所 熊本市中央区水前寺6丁目18-1

氏 名 免許 華子

生年月日は和暦で  
記入すること。

昭和  
平成 〇〇年 〇月 〇日生

1 視 力 右 1. 2 矯 正 右  
左 1. 2 左

2 聴 力 右 異常なし  
左 異常なし

3 疾 病 等  
なし

※ 「疾病等」に病名等が入る場合は、  
「通常業務に支障があるかないか」を記入  
すること。支障がある場合は、具体的に記  
入すること。  
※ 該当ない場合は「なし」と記入すること。

上記のとおり診断する。

平成〇〇年▽▽月〇〇日

申請日から3ヶ月以内の  
証明書が必要

検査医 住 所  
氏 名

・住所には、「病院所在地」を  
記入してください。  
・氏名には、「病院名」、「検  
査医の氏名」を記入し、検査  
医の押印（私印）が必要です。

注 1 検査医は開業医でも可。

# 身体に関する証明書

本籍地（都道府県名のみ）

現住所

氏名

年 月 日生

1 視力 右左 矯正 右左

2 聴力 右左

3 疾病等

上記のとおり診断する。

年 月 日

検査医 住所

氏名

印