

<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） ○○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 ○○年 ○月 ○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○○年▽▽月○○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