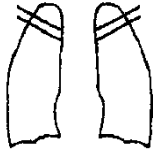


様式第3号（第4条関係）

健 康 診 断 書

氏 名			男 女	試験区分		
生年月日	年 月 日 (歳)			受験番号		
身長	. cm		血 圧	最高値		
体重	. kg			最低値		
視 力	右	. (矯正 .)		検 尿	糖	- ± + 卄 卅
	左	. (矯正 .)			蛋白質	- ± +
聴 力	右 .		既 往 症		ウロビリノ	- 正 + 卄 卅
	正・難 左 .				潜 血	- ± + 卄 卅
言語障害						
運動障害				間 接 ・ 直 接	年 月 日	
その他の 疾病異常			X 線 撮 影	フィルム番号No.	所 見	
						
聴 打 診						
就業上の注意事項等 総 合 所 見						
<p>上記のとおりであることを証明する。所在地</p> <p>検査機関</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名 _____ 印</p>						

(注) 医療機関等で受診してください。

検査医師へお願い この健康診断書は、密封して受検者にお渡しください。