

様式第8（第12条、第12条の2、第13条、第15条の3関係）

身体に関する証明書							
住所							
氏名							
昭和 平成 年 月 日生							
身長	センチメートル				体重	キログラム	
聴力	右		視力	右	矯正視力	右	
	左			左		左	
疾病異常							
その他							
上記のとおり、相違ないことを証明します。							
令和 年 月 日							
医療機関の名称							
医師氏名						印	

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。