

身体に関する証明書								
住所								
氏名								
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。