様式第５号（第３条）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身　体　証　明　書 | | | |
| 氏　名 | (旧　姓：　　　　　　　　)  (通称名： ) | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 視力 | 右  左 | （矯　正） | 右  左 |
| 聴力 | 右  左 | | |
| 疾病異常等の所見 | （　　　有り　　・　　　無し　　）※いずれかに○を付けてください。 | | |
| ※「有り」の場合はその内容を以下に記入するとともに、業務への支障の有無についても記入してください。 | | |
| 上記のとおり証明する。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　医療機関　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　医師氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） | | | |

注　１　有効期限は１年以内とする。

２　氏名欄の（旧姓）、（通称名）は申請者の求めに応じて、証明者が確認できる場合に記入すること。