

健康診断書

住所

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

上記の者、心身の障害、結核、伝染性皮膚疾患、薬物中毒等を認めない。

上記の通り診断いたします。

平成 年 月 日

所在地

病院・医院名

電話番号

医師氏名

印