

身体に関する証明書			
本籍地 <small>(都道府県名)</small>			氏名 (旧姓)
現住所			(通称名) 年 月 日生
視力	右 左	矯正	右() 左()
聴力			
既往症及び現症について			
<p style="text-align: center;">上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名</p> <p style="text-align: right;">所在地</p> <p style="text-align: right;">医師氏名 印</p>			

備考 旧姓及び通称名の記入は、任意とする。