

身体に関する証明書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

群馬県教育委員会あて

医療機関名 ○○○○医院

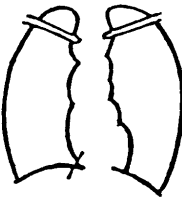
証明者

醫師氏名 ○○ ○○ 印

下記のとおりに証明します。

記

受診日：令和〇〇年〇〇月〇〇日

本 籍 地	群馬県	現住所	群馬県前橋市大手町 1 - 1 - 1
氏 名	群馬 太郎	生年月日	昭和 62年 9月 10日
身 長	cm	現 症	
体 重	kg	1. 既往疾患（直接又は間接）	
視 力	右 矯正 () 左 矯正 ()		
眼 疾	無 ・ 有		
聴 力	右 正常・異常 () 左 正常・異常 ()		
言 語			
ツベルク リン反応	既陽性 陽 転 歳ごろ		
B C G	未接種 接 種 年 月	2 赤 沈（X線写真有所見者のみ） 1 時間 2 時間	
既 往 症	ア 結核性疾患	3 理学的所見	
	イ その他の疾患	4 尿検査 糖 ・ たん白 ・ 潜 血 () () ()	
		5 血 圧 ~	
		6 その他の疾患 ア 心臓疾患 イ じん臓疾患 ウ 精神疾患 エ 伝染性疾患 オ その他 ()	
		7 総合評価 A 健康な状態である。 B 勤務に支障ない状態である。 C 精密検査が必要である。 D 早急に治療が必要である。	
備 考			

注1 証明者、医療機関の医師であること。

この証明書は、提出日を基準として1年前までに受診したものを有効とする。

身 体 に 関 す る 証 明 書

年 月 日

群馬県教育委員会あて

医療機関名

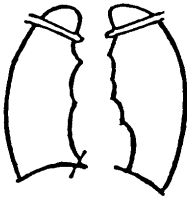
証明者

医 師 氏 名 印

下記のとおり証明します。

記

受診日： 年 月 日

本 籍 地		現住所	
氏 名		生年月日	年 月 日
身 長	. cm	現 症 1 X線写真（直接又は間接） 所 見  2 赤 沈（X線写真有所見者のみ） 1 時間 2 時間 3 理学的所見 4 尿検査 糖 . たん白 . 潜 血 () () () 5 血 圧 ~ 6 その他の疾患 ア 心臓疾患 イ じん臓疾患 ウ 精神疾患 エ 伝染性疾患 オ その他 () 7 総合評価 A 健康な状態である。 B 勤務に支障ない状態である。 C 精密検査が必要である。 D 早急に治療が必要である。	
体 重	. kg		
視 力	右 () 左 矯正 ()		
眼 疾	無 ・ 有		
聴 力	右 正常・異常 () 左 正常・異常 ()		
言 語			
ツベルク リン反応	既陽性 陽 転 歳ごろ		
B C G	未接種 接 種 年 月		
既 往 症			
ア 結核性疾患			
イ その他の疾患			
備 考			

注 1 証明者、医療機関の医師であること。
2 この証明書は、提出日を基準として 1 年前までに受診したものを有効とする。