

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。