

身 体 証 明 書			
氏 名	(旧 姓 :) (通称名 :)	生年月日	年 月 日生
視力	右 (矯 正) 右 左 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。

※学校（幼稚園）が実施する健康診断の結果又は任用の際に提出する
教職員身体検査書のうち、1年以内に受診したものがあれば、
その内容をこの様式に転記し、学校（園）長が証明する形式で可。

※赤枠内が転記箇所、青枠内が学校（園）長の証明箇所

氏 名	福岡 太郎 (旧 姓 :) (通称名 :)	生年月日	平成元年10月1日生
視力	右 1.0 左 1.0	(矯正)	右 左
聴力	右 異常なし 左 異常なし		
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。

令和●年●月●日

受診日を記入

医療機関名・医師名
を忘れずに記入

医療機関 所在地 福岡市中央区○○1丁目□番△号
名 称 ○○病院
医師氏名 ●● ●●

押印不要

(署名又は記名押印)

健康診断（教職員身体検査書）の内容と相違ないことを証明します。

証明書作成日 令和●年●月●日 ◎◎学校長 □□ □□ 公印

公印を押す

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。