

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。

※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る場合は、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) ※いづれかに○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ころにて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●年●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 福岡市中央区〇〇1丁目〇番△号

名称 〇〇病院

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 □□ □□

公印を押す

公印

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。