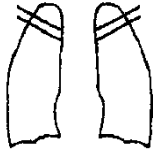


様式第3号（第4条関係）

健 康 診 断 書

氏 名			男 女	試験区分		
生年月日	年 月 日 ( 歳 )			受験番号		
身 長	. cm		血 圧	最 高 値		
体 重	. kg			最 低 値		
視 力	右	. (矯正 . )		検 尿	糖	- ± + 卄 卍
	左	. (矯正 . )			蛋 白	- ± +
聴 力	右 .		既 往 症		ウロビリノ	- 正 + 卄 卍
	正・難 左 .				潜 血	- ± + 卄 卍
言語障害						
運動障害				間 接 ・ 直 接	年 月 日	
その他の 疾病異常			X 線 撮 影	フィルム番号No.	所 見	
						
聴 打 診						
就業上の注意事項等 総 合 所 見						
上記のとおりであることを証明する。			所在地			
年 月 日			検査機関			
			医師名	_____ 印		

(注) 医療機関等で受診してください。

検査医師へお願い この健康診断書は、密封して受検者にお渡しください。