

教員採用身体検査書

現住所

氏名

昭和・平成 年 月 日生

1 身長 cm

2 体重 kg

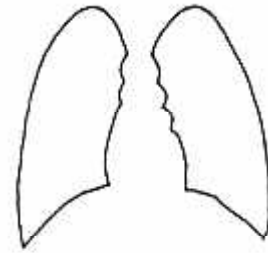
3 視力 (裸眼)右 左 (矯正)右 左

4 聴力 右 左

X線検査 (直接撮影)

5 呼吸器

6 四肢



7 現在の疾病

(所見)

8 主な既往症

9 総合判定及び

総合所見

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

