

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

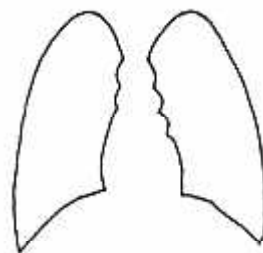
6 四 肢

7 現在の疾病

8 主な既往症

9 総合判定及び

総 合 所 見



(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

㊞