

(第 1 号様式)

会計年度任用職員健康診断票

住所

氏名

年 月 日生

身 長		cm	栄 養 状 態	
体 重		kg	機 能 障 害	
視 力	裸 眼	左 ・ 右 ・	血 圧	
	矯 正	左 ・ 右 ・	言 語 障 害	
聴 力			検 尿	
X 線（間接可）				
既 往 症				
医 師 所 見				

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

(注) 医師所見の欄には、勤務可能の程度、治療の見通し等について記入してください。