

身 体 に 関 す る 証 明 書

氏 名		生年月日	年 月 日
(1) 聴 力	右 左	(2) 視 力	右 左 矯 正 右 左
(3) 現在の疾病等の状況			
有 ・ 無 ()			
(4) 所 見			

上記のとおり証明します。

年 月 日

証明医師 職氏名



作成上の注意

- 1 「現在の疾病等の状況」欄は、「有・無」のいずれか該当する方を○で囲み、「有」の場合は、疾病等の状況を（ ）に記入してください。
- 2 「所見」欄は、「現在の疾病等の状況」欄が「有」の場合に、学校の教員として勤務するに当たって、特に注意すべき事項を記入してください。