

定期健康診断等の結果
の写しでも代用可（申
請から 6 月以内ものに
限る）

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 矯 正 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。

※ 病院・診療所等で、医師の証明を受けてください。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

証明医師 職氏名

☆☆医院

○□ ×△



作成上の注意

- 「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。
- 「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。