

様式

健康診断証明書

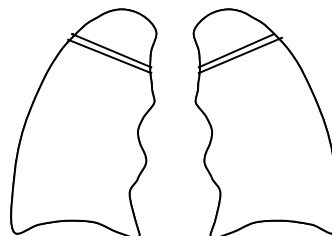
現住所	電話 ()		
ふりがな		生年月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)
氏 名	男 女		

1 胸部X線検査（直接）

令和 年 月 日 撮影

所見あり

所見なし



2 勤務についての制限等

(無 ・ 有)

[]

上記のとおり診断及び証明します。

令和 年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 氏 名

印

※ この健康診断証明書は、鴻巣市教育委員会に対して、市費負担会計年度任用職員の採用にあたって提出するものです。