

様式

健康診断証明書

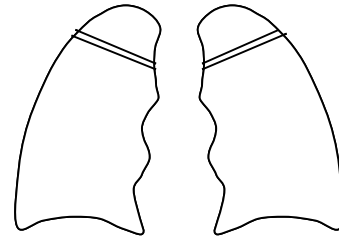
現住所			
	電話 ()		
ふりがな		昭和	年 月 日
氏名	男 女	平成	(歳)
	生年月日		

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、会計年度任用職員の採用にあたって提出するものです。