

健康診断書

ふりがな		生 年 月 日	男・女
氏 名		・ ・	
診 断 事 項			
結 核			
所 見			
その他の疾病 及び異常	病 名 無 ・ 有 ()		
受 診 日	年 月 日		
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 住 所(所在地) 医 療 機 関 名 医 師 氏 名 印			

受 理 番 号