

(様式第 4 号)

福島県公立学校任期付、臨時的任用職員等

身 体 検 査 書

現住所_____

氏 名_____

昭和・平成_____年____月____日生

1 身 長 _____cm

2 体 重 _____kg

3 視 力 (裸眼)右_____左_____ (矯正)右_____左_____

4 聴 力 右_____左_____

X線検査 (直接撮影)

5 呼 吸 器 _____

6 四 肢 _____

7 現在の疾病 _____

8 主な既往症 _____

9 総合判定及び _____

総 合 所 見 _____



(所見)

上記のとおり証明します。

令和_____年____月____日

医療機関名_____

所 在 地_____

医 師 氏 名_____ 印

(自筆署名の場合、押印は不要)