

(様式第4号)

福島県公立学校任期付職員・臨時的任用職員・月手当職員

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