

身 体 に 関 す る 証 明 書

現 住 所

氏 名

生年月日                      年        月        日 生

1	視 力	右	(矯正	)
		左	(矯正	)
2	聴 力			
3	現在治療中の疾病			

上記のとおり証明する。

年    月    日

住 所

医師氏名

