

身体に関する証明書

住 所

氏 名

昭和 年 月 日生
平成

項 目	状 況	
身 長	センチメートル	
体 重	キログラム	
聴 力	右	
	左	
視 力	右	
	左	
矯 正 視 力	右	
	左	
疾 病 異 常		
そ の 他		

上記のとおり、相違ないことを証明します。

年 月 日

印