

様式第4号(第2条関係)

健康診断書

氏名

生年月日 年 月 日生

身長	cm	主な既往症	
体重	kg	ツベルクリン反応	
胸囲	cm	レントゲン 検査	
栄養			
胸部その他 理学的 所見			

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医師氏名

印

八雲町長 岩村克詔 様