

身体に関する証明書

| | | | |
|------|--|------|-------|
| 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 現勤務先 | | 職 | |

| | | | | |
|------|------------------------------|---------|---------------|--|
| 身長 | | cm | 聴力 | |
| 体重 | | kg | 言語 | |
| 視力 | 裸眼 | 左 . 右 . | その他の疾病異常・機能障害 | |
| | 矯正 | 左 . 右 . | | |
| 医師所見 | ※教員としての勤務可能な程度、治療の見通し等について記入 | | | |

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

備考 医師所見の欄には、教員としての勤務可能な程度、治療の見通し等について記入してください。