

身体に関する証明書

氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
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。