

第9号様式（第4条、第5条、第6条、第19条関係）

身体に関する証明書

本籍地
（都道府県名）

勤務校又は現住所
（教員は勤務校を記入）

ふりがな

氏名

年 月 日生

身長					体重			
視力	右	矯正	右	左	聴力	右	左	
	左		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。

平成 年 月 日

医療機関名及び住所

医師氏名

印

備考

本表の所要事項を具備すれば様式は適宜とする。