様式第５号（第３条）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身　体　証　明　書 | | | |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 視力 | 右  左 | （矯　正） | 右  左 |
| 聴力 | 右  左 | | |
| 疾病異常等の所見 | （　　　有り　　・　　　無し　　）※いずれかに○を付けてください。 | | |
| ※「有り」の場合はその内容を以下に記入するとともに、業務への支障の有無についても記入してください。 | | |
| 上記のとおり証明する。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　医療機関　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |

注　有効期限は１年以内とする。

|  |
| --- |
| 記　入　例 |

※学校（幼稚園）が実施する健康診断の結果又は任用の際に提出する教職員身体検査書（以下「健康診断等の結果」という。）のうち、１年以内に受診したものがある場合で、その内容を身体証明書に転記し、学校（園）長が健康診断等の結果と相違ないと証明する場合

様式第５号（第３条）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身　体　証　明　書 | | | |
| 氏　名 | 福岡　太郎 | 生年月日 | 昭和５０年１０月１日生 |
| 視力 | 右　**１．０**  左　１．０ | （矯　正） | 右  左 |
| 聴力 | 右　異常なし  左　異常なし | | |
| 疾病異常等の所見 | （　　　有り　　・　　　無し　　）※いずれかに○を付けてください。 | | |
| ※「有り」の場合はその内容を以下に記入するとともに、業務への支障の有無についても記入してください。 | | |
| 受診日を記入  　上記のとおり証明する。  　　令和３年５月１日  印は不要  　　　　　　　　　　　　　　医療機関　所在地　福岡市中央区○○１丁目□番△号  証明書作成日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　○○病院  　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　○○　　○○　　　　　　　　㊞  健康診断（教職員身体検査書）の内容と相違ないことを証明します。  公印を押す  令和４年３月１０日　○○学校長　□□　□□　公印 | | | |

注　有効期限は１年以内とする。