様式第５号（第３条）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身　体　証　明　書 | | | |
| 氏　名 | (旧　姓：　　　　　　　　)  (通称名： ) | 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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） | | | |

注　１　有効期限は１年以内とする。

２　氏名欄の（旧姓）、（通称名）は申請者の求めに応じて、証明者が確認できる場合に記入すること。

様式第５号（第３条）

公印を押す

証明書作成日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身　体　証　明　書  ※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のうち、１年以内に受診したものがある場合、その内容をこの様式に転記し、学校（園）長が証明する場合。 | | | |
| 氏　名 | **福岡　太郎**  (旧　姓：　　　　　　　　)  (通称名： ) | 生年月日 | **平成元**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。 | | |
| 上記のとおり証明する。  受診日を記入  **令和４**年**６**月**１**日  　　　　　　　　　　　　　　医療機関　所在地　**福岡市中央区○○１丁目□番△号**  押印不要  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　**○○病院**  　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　●●　●●  　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）  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。  　　　　　　　　　　令和５年４月５日　　◎◎学校長　□□　□□　　公印 | | | |

注　１　有効期限は１年以内とする。

２　氏名欄の（旧姓）、（通称名）は申請者の求めに応じて、証明者が確認できる場合に記入すること。