

証 明 書

氏 名	(男・女)	生年月日	S H	年	月	日
住 所	〒					
既往症 及び 疾病名 (症状)				投 薬 内 容		
身 長	c m	体 重	k g	血 圧		
検 査 項 目		所 見				
胸部 X - P 検査						
梅毒 (T P H A)						
B 型肝炎						
C 型肝炎						
便検査 (伝染病)	赤痢					
	サルモネラ菌					
	O - 1 5 7					
尿一般検査						
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医 療 機 関 名 医 療 機 関 所 在 地 医 名 印</p>						

※ 血液検査・尿一般検査結果のコピーを添付してください。