

様式第2号（第7条関係）

身体検査証			
	本人の写真 (上半身脱帽)	住所	
		氏名	年 月 日生
体格	身長	cm	体重 kg
栄養状況	優良	良	不良
視力	右()		左()
色覚		耳疾	
眼疾		鼻・咽喉	
聴力		言語障害	
X線像の所見及び説明			
<p>上記のとおり検査の結果を報告します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医師 印</p>			

備考：本人の写真には診断医師の割印をしてください。