

伊是名村会計年度任用職員(健康診断書)

(ふりがな)		生年月日・年齢	性別
氏名		昭和・平成 年 月 日生 満 歳	男・女
現住所	〒 —	連絡先	自宅
			携帯

身長		体重	kg
視力	右 ()	聴力	右 ()
	左 ()		左 ()
血压	～	胸部 X線	NO. 所見
検尿	タンパク ()	糖 ()	
	ウロビリノーゲン ()	潜血 ()	
現 病 歴		既 往 歴	
所 見	(就業に際しての所見)		

上記のとおり証明します。			
令和 年 月 日			
医療機関名			印
医師名			印

注1 検査項目において異常のある場合には、詳細を記入してください。

注2 6ヶ月以内の胸部X線撮影を伴う健康診断を受診した方は、医療機関にてその診断結果をこの様式に転記して証明することも可能です。

注3 医療機関、医師のそれぞれの押印の上、封入してください。

伊是名村役場 総務課 人事係
TEL (0980) 45-2001