

身体検査証明書 【 消防士 受験者用 】

住 所			
フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
氏 名		検査日現在年令 (歳)	

以下の項目は必ず病院等の医師により記入していただくこと。

検 査 項 目	身長	. Cm			聴 力	右	正常 ・ その他 〔 〕
	体重	. Kg				左	正常 ・ その他 〔 〕
	胸 囲	. Cm					四肢機能 〔 正常 ・ その他 〕
	視 力	区分	裸眼	矯正			
		両眼					
		右眼					
		左眼					
色 覚	正常 ・ その他						

既往症

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

病 院 名

担当医師



この証明書は消防士受験者のみ申込時に提出していただきます。
公立、公的病院だけでなく私立病院等での診断も可能です。
この証明書は、必ず、病院で検査を受け記入してもらってください。