　第４号様式

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **身体に関する証明書**  　　　　　　　　　　　　　　本籍地    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生 | | | |
|  | 所見（疾病異常、特記事項等） |  |  |
| 上記のとおり証明します。  　　　　　　年　　　月　　　日      　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |