

# 健康診断書

## Certificate of Health

志願者氏名 Name of Applicant	性別 Sex	生年月日 Date of Birth	年齢 Age
_____ Family Name      Given Name	Female Male	_____ Month    Day    Year	_____ 才
<p>健康状態 General state of physical condition:</p> <p style="text-align: center;">                         優                  良                  可                  不可                          Excellent          Good                Fair                Poor                     </p> <p>今後引き続き、精密検査あるいは治療を必要とする場合は必要事項を記入。                      If there is any need for further follow-up health examinations and / or treatment, please specify.</p> <p>-----                      -----                      -----                      -----                      -----                      -----</p>			
<p>医師署名                      Signature of physician :</p> <p>医師名                      Name of physician(print) :</p> <p>医療機関および所在地                      Name and address of :                      medical facility</p> <p>証明日:                      Date of certification      _____      _____      _____                         Month                  Day                  Year</p>			