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 |