

健康診断書

氏名		性別	男	女
生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	年齢	
<p>上記のものについて下記のとおり診断します。</p> <p>1. 精神機能の障がい</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p>※ 「あり」に該当する場合には、①病名、②現に受けている治療の内容及び③治療を受けている状態であれば、通訳案内の業務を適性に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるか否か、また、今後障がいの程度が軽減すると見込まれるか否か、を記載すること。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>※詳細については、別紙も可</p>				
診療年月日	平成	年	月	日
医 師	病院名、診療所等の名称			
	所在地		電話	
	氏	名	印	