

# 医学適性診断書

氏名		生年月日	年	月	日	(歳)
会社名						

上記の者の視器聴器について診断の結果は下記のとおりであることを証明する

視力	1 両眼で0.7以上かつ各眼でそれぞれ0.3以上であること。(矯正視力を含む。) 2 片眼が0.3に満たない場合、又は片眼が見えない場合、他眼の視野が左右150度以上で視力が0.7以上であること。(矯正視力を含む。)	裸眼	左	右	両眼
		矯正視力	左	右	両眼
聴力	両耳とも5メートル以上の距離でささやく言葉を明らかに聞き取れる・聞き取れない				
心臓・血圧	異常なし・異常あり				
記事	   				

年 月 日

住所

医療機関名

電話番号

医師名

- 
- 1 診断書は、医療機関から発行されたもので、申請時直前1年以内に発行されたもの。  
又は、会社の定期健診等で様式-3甲に準ずる検診が、申請時直前1年以内に行われたもの。
  - 2 視力が裸眼で不適合の場合は、必ず矯正視力の診断を受けること。
  - 3 診断に不適合のある者は受講資格を有しない。