

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	歳
<p>上記の者について、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>			
診断年月日	平成 年 月 日		
医師	病院、診療所等の名称		
	所在地	(TEL)	
	氏名	印	