

医学適性診断書

氏名	生年月日 昭・平 年 月 日
本人住所	
所属会社	

上記の者の視聴覚器及び四肢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	裸眼 各眼0.7以上 又は 1眼1.0以上 他眼0.5以上 矯正 各眼0.7以上	裸眼	左 右	矯正	左 右
色覚	正常 ・ その他()	赤色、青色及び黄色の識別ができることを正常とする			
聴力	1,000Hz (40dB以下)	左	dB	右	dB
	4,000Hz (65dB以下)	左	dB	右	dB
四肢状態	異常 無 有	(有の場合はその状態を記事欄に記載して下さい)			
記事					

平成 年 月 日

診断医師

病院名

住所

氏名

印

電話番号

注 視力が裸眼で不適性の方は、必ず矯正視力の診断が必要です。

各診断に不適正のある方は受講資格がありません。

医学適性診断書は、講習実施日の6ヶ月前まで有効です。