

身体検査書

住所				
氏名				
男・女				
平成 年 月 日生 (歳)				
身長	・	cm	視力	右 (・)
体重	・	kg	()は矯正	左 (・)
			両眼 (・)	
色覚 (色彩識別能力)			聴力	右
				左
既往症				
その他所見				
上記のとおり相違ありません。				
令和 年 月 日				
機関名				
医師				
印				

※ 医療機関等で受診してください。

※ 令和8年3月16日(月)から令和8年5月29日(金)までの間に受診し、2次試験の際に提出。