

様式第3号 (第八条関係)

健康診断書

氏名				性別	男・女
生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生	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. 精神機能の障害</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正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、今後障害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>※ 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				
	所在地及び電話番号				
	氏名	①			