

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	
<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 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ※「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>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">※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		

※ 奄美群島地域通訳案内士登録申請用