

医学適性診断書

氏名	〇〇 一朗		生年月日	1953年6月1日	
本人所属	〇〇-1-18 日本生命駅前ビル7F 〇〇店				
上下	支について診断の〇〇する。				
視力	裸眼	左	0.5以上	矯正	各眼0.7以上
	眼	右	0.3	正	右 1.0
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	20 dB	右	15 dB
	(以下)	左	40 dB	右	45 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	講習日の6ヶ月以内に受検した診断書(原本)を四国事務所に提出している場合はコピーの添付で結構です。この場合には講習名および講習年月日を記載してください。				

医学適性診断書は、原本を提出してください。重機械運転者、65歳未満で線路閉鎖工事監督者及び保守用車工事監督者を受講する場合は提出不要です。列車見張員(更新)及び65歳未満で列車見張員(限定)(更新)を受講する場合も提出不要です。

生年月日等を西暦で記載してください。和暦の場合は、S、H等を冠してください。

赤色、青色及び黄色の識別ができる場合は正常に〇を付けてください。

講習日の6ヶ月以内に受検した診断書(原本)を四国事務所に提出している場合はコピーの添付で結構です。この場合には講習名および講習年月日を記載してください。

2020年 4月 10日 2019.5.10 受講の列車見張員 継続で提出

全ての項目を記載する

診断医師
病院名
住所
氏名
電話番号

印

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。

