

様式 3

医学適性診断書

氏名		生年月日	年	月	日
本人住所					
所属会社					

上記の者の視聴覚器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	裸	左	矯	左
	矯正	各眼0.7以上	眼	右	正	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
記事 (眼疾患等)						

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12ヶ月前まで有効です。