

別紙3

## 証 明 書

No	氏名	所属	自宅住所	生年月日
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

上記の者は胸部 X 線検査・心電図検査を実施した結果、  
異常のない事を証明します。

年 月 日

医療機関名：

医 師 名：

印

別紙4

証 明 書

No	氏名	所属	自宅住所	生年月日
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

上記の者は尿検査を実施した結果, 異常のない事を証明します。

年 月 日

医療機関名：

医 師 名：

印