

(別紙1)

健康診断書

氏名			性別	男	女
生年月日		年 月 日	年齢		
上記の者について、下記のとおり診断します。					
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。					

※詳細については、別紙も可。					
診断年月日	年 月 日				
医師	病院、診療所等の名称				
	所在地	TEL			
	氏名	印			

※裏面もご確認ください。