身体に関する証明書

氏 名			
生年月日	年	月	日

上記の者は、下記のとおりであることを証明する。

年 月 日

医療機関の名称 医 師 氏 名

記

項目	状 況	
所 見	一般生活を送る上で健康上問題が	
※「ない」又は「ある」 の	1 ない 2 ある	
いずれかに○を記入 し、 「ある」の場合、内容 を		
記入ください。		

備考 この証明書は、教育職員免許状の検定授与・新教育領域の追加を願い出るため、 埼玉県教育委員会へ提出するものです。