様式第2号(第8条関係)

健　康　状　況　証　明　書

住　所　久喜市
氏　名　　電　話
(　　年　　月　　日生)

1　病　　名(主要症状)

2　伝染性疾患の有無

無　　有

ワッセルマン反応(－　±　＋　－)
Hbs抗原　　(－　＋)
その他　　[　　]

3　入浴の可否
可　　否

4　移送の可否
可　　否

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

医療機関名
医　師　名　　㊞