

## 健康診断書

氏名			性別	男	女
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	年齢		
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/> なし      <input type="checkbox"/> あり</p> <p>※ 「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。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>※ 詳細については、別紙も可。</p>					
診断年月日	令和 年 月 日				
医師	病院、診療所等の名称				
	所在地・Tel				
	氏名	印			

※ 通訳案内士法第21条及び同法施行規則第17条の確認のために提出していただく書類です。