試験職種（職種符号）	理学療法士（　A　）
受　　験　　番　　号	

健康状態に関する申告書

1　現在の健康状態

□　健康
□　病気にかかっている（　　年　　月から）
　　病名（　　）

2　これまでに入院や半月以上病気や怪我をしたことがありますか。

□　ない
□　ある
　　病名または症状（　　）
　　その時期（　　年　　月ころ）
　　その期間（　　日程度）

3　健康上のことについて、留意していることがあれば記入してください。

私は、就業できる健康状態であり、職務遂行において支障ありません。

令和　　年　　月　　日

住所

氏名

※　医療機関等による検査は不要です。受験者本人が記入してください。