

「身体に関する証明書」作成の手引き

目次

1	証明者一覧	1 ページ
2	「身体に関する証明書」様式	2 ページ
3	記入方法【医師が証明する場合】	3 ページ
4	記入方法【所属長が証明する場合】	4 ページ

【証明者一覧】

申請者の勤務先	勤務先で受診した健康診断	健康診断の受診時期	証明者
学校 (幼稚園を含む)	学校保健安全法に基づく健康診断	申請受理日から1年以内	所属長※1
	学校保健安全法に基づかない健康診断	申請受理日の1年以上前	かかりつけ 等の医療機 関の医師
その他 (民間企業、 保育所 等)	学校保健安全法に基づかない健康診断	—	

※1 所属長が学校保健安全法施行規則に定める職員健康診断票を転記し、診断結果と相違ないことを証明できる場合に限り、健康診断の結果を使用することができます。

【問合せ先】

東京都庁第二本庁舎 14階
東京都教育庁人事部選考課免許担当
電話 03-5320-6788

E-mail S9000017@section.metro.tokyo.jp

※お問合せは可能な限りメールでお願いいたします。

東京都 教員免許案内 



第11号様式（第9条関係）

身体に関する証明書

氏 名

旧 姓

通称名

生年月日

年

月

日

本籍地

都・道
府・県

※ 旧姓及び通称名の記入は任意

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 視 | 力 | 右 | (矯正) |) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 左 | (矯正) |) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 聴 | 力 | 右 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 左 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 疾 | 病 | 異 | 常 | な | い | ・ | あ | る | (病名) |) | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 総 | 合 | 判 | 断 | 一 | 般 | 生 | 活 | を | 送 | る | 上 | で | 健 | 康 | 上 | 問 | 題 | が | な | い | ・ | あ | る |
- (該当する方を○で囲んでください。また、「ある」を○で囲む場合は、下の余白に具体的に記入してください。)

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所 在 地

医 療 機 関 名

医 師 名



記入方法：医師が証明する場合

第11号様式（第9条関係）

身体に関する証明書

氏名	東京 太郎			
旧姓	免許 通称名			
生年月日	昭和50年 10月 1日	本籍地	東京	都・道 府・県

※ 旧姓及び通称名の記入は任意

1 視力	右	1.0	(矯正)
	左	1.0	(矯正)
2 聴力	右	異常なし	
	左		
3 疾病異常	ない・ある	(病名 高血圧)	
4 総合判断	一般生活を送る上で健康上問題が	ない	ある

(該当する方を○で囲んでください。また、「ある」を○で囲む場合は、下の余白に具体的に記入してください。)

上記のとおり相違ないことを証明します。

③	令和元年	5月	1日
所在地	東京都新宿区西新宿2-8-1		
医療機関名	〇〇病院		
医師名	新宿 次郎	新宿	④

(日本産業規格A列4番)

【①】

・氏名・生年月日・本籍地は申請者本人が記載

【②】

・診断の結果に基づき、医師が記載

【③】

・受診日を医師が記載

【④】

・医療機関の所在地、医療機関名、医師名を医師が記載し、医師の私印を押印（スタンプ印不可）

○ 訂正方法について

記載事項を訂正する場合は、該当箇所を二重線で消し、訂正印を押印したうえで余白に正しい内容を御記載ください。修正液等により修正を行った証明書は無効となります。

記入方法：所属長が証明する場合

第11号様式（第9条関係）

① 身体に関する証明書

氏名 東京 太郎
 旧姓 免許 通称名
 生年月日 昭和50年 10月 1日 本籍地 東京 都・道府・県

②

1 視力 右 1.0 (矯正)
 左 1.0 (矯正)
 2 聴力 右 異常なし
 左
 3 疾病異常 ない・ある (病名 高血圧)
 4 総合判断 一般生活を送る上で健康上問題が ないある
 (該当する方を○で囲んでください。また、「ある」を○で囲む場合は、下の余白に具体的に記入してください。)

上記のとおり相違ないことを証明します。

③ 令和元年 5月 1日
 所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1
 医療機関名 ○○病院
 ⑤ 医師名 新宿 次郎 ④

職員健康診断票の内容と相違ないことを証明します。
 令和元年6月1日 東京都立〇〇高等学校 (日本産業規格A列4番)
 校長 □ □ □ 職 校 印 長

【①】

・氏名・生年月日・本籍地は申請者本人が記載

【②】

・勤務先で行った学校保健安全法に基づく健康診断の結果を所属長が転記
 ・聴力の検査を省略した者で、医師により聴力の異常を指摘されていない者については、聴力の検査項目を「異常なし」と記入
 ・総合判断について、勤務の制限が必要と判定された者以外は、一般生活を送る上で健康上の問題が「ない」として記入

【③】

・健康診断を実施した日を記載

【④】

・健康診断を実施した医療機関の所在地、医療機関名、医師名を所属長が記載(省略不可)
 ・医師の印は押印不要

【⑤】

・余白部に職員健康診断票の内容と相違ない旨を記入し、校長職印により証明

○ 証明の方法について

・余白部に以下のとおり記載し、証明してください。

職員健康診断票の内容と相違ないことを証明します。

令和〇年〇月〇日 都庁学園中学校
 校長 都庁 花子

職 校 印 長

・証明者職印の設置がない場合は、学校の公印及び私印を押印し、余白に「公印を設置していないため、私印により証明します。」と記載してください。

○ 訂正方法について

記載事項を訂正する場合は、該当箇所を二重線で消し、余白に正しい内容を御記載ください。また、訂正印は、証明者職印を必ず使用してください。私印・修正液等により修正を行った証明書は無効となります。