

証明される方に、作成方法及び記入例も必ずお渡しください。

この身体に関する証明書は、東京都教育委員会が教育職員免許状授与のための「教育職員検定」に使用するものです。

教育職員免許状に関する規則（平成元年東京都教育委員会規則第37号）抜粋
（身体の検定）

第24条 教育委員会は、身体に関する検定に関し、視力、聴力及び疾病その他の各項目について、これを行う。

（検定の合否）

第30条第1項第3号 身体の検定について、職務に支障のないこと。

本書作成上の注意

- 1 本書は、医療機関（病院、診療所）の**医師**により証明を受けてください。
- 2 医師の証明印は、朱肉を使う**私印**で押印して下さい（スタンプ（簡易）式不可）。
- 3 本書の有効期間は受診日から**1年以内**です。
- 4 申請日時点で、学校教育法第1条に定める学校の教職員であり、学校保健安全法に定める健康診断の受診者は、勤務する学校の校長が健康診断の結果を転記し、証明することにより、本書を作成することも可能です（ただし受診日から**1年以内**の健康診断に限る。）。

○ 学校保健安全法に定める健康診断の結果を用いる場合

職員健康診断の結果を転記する場合は、次の点に御注意ください。

- （1）各検定項目について、職員健康診断票に記載のとおり記入してください。
- （2）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」と記入してください。
- （3）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」としてください。
- （4）医師の証明部分の証明日には健康診断受診日を記入し、健康診断を行った医療機関名及び医師名を記入してください（医師の印は不要）。
- （5）全ての項目を記入後、余白部に職員健康診断票の内容と相違ない旨を記入し、学校長**公印**により証明をしてください。

証明の例：職員健康診断票の内容と相違ないことを証明します。

○年○月○日 学校名 ○○学校
職・氏名 校長 ○○ ○○

公 印

- （6）記載事項の訂正は公印により訂正してください。私印や修正液等による修正は無効です。

身体に関する証明書

氏 名

生年月日

年 月 日

本籍地

都・道
府・県

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

印

記入例: 医療機関の医師の証明を受ける場合

身体に関する証明書

申請者本人の記入

氏名

東京 太郎

生年月日

昭和50年10月1日

本籍地

東京

都道府県

以下、医師による記入及び証明

- | | | | | |
|---|------|-----------------|------|-------|
| 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。

令和元年5月1日

証明日を記入
(免許申請日から1年以内の証明に限る。)

所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1

医療機関名 ○○病院

医師名 新宿 二郎

新宿
印医師の私印
(スタンプ(簡易)式不可)

記入例: 職員健康診断に基づき作成する場合(学校に勤務する職員のみ)

※ 一般企業や保育園で勤務されている方は、健康診断の結果を用いることができません。

身体に関する証明書

申請者本人の記入

氏名

東京 太郎

生年月日

昭和50年10月1日

本籍地

東京

都道府県

以下、学校長による記入及び証明

- | | | | |
|--------|-----------------|------|----------|
| 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。

令和元年5月1日

健康診断受診日を記入
(免許申請日から1年以内に限る。)

省略不可

所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1

医療機関名 ○○病院

印不要

医師名 新宿 二郎

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□□高等学校
校長 □ □ □ □

公印

証明書作成日