書式１

健　康　診　断　書

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td><td>性 別</td><td>男</td><td>女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>大正　昭和
平成</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>年 齢</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="7">上記の者について、下記のとおり診断します。

１．精神機能の障害
□なし　　□あり
※「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。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※詳細については、別紙も可。</td></tr>
<tr><td>診断年月日</td><td colspan="6">平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">医　　師</td><td colspan="2">病院、診療所等の名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">所在地、TEL</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td colspan="4">印</td></tr>
</table>

※通訳案内士法第二十一条及び通訳案内士法施行規則第十七条の確認のために提出していただく書類です。