

體格檢查證明存根聯										貼 相 片 處	
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份證 字號		年齡					
生日	年	月	日	電話		手機					
籍貫	省	縣市	住址								
身高				聽力				醫院	南投市衛生所		
體重				健康情形				醫師			
視力	右	左		有無惡疾				醫師執照			
雙視											
辨色力				其它				檢查日期			

南投縣南投市衛生所

體格檢查證明存根聯										貼 相 片 處	
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份證 字號		年齡					
生日	年	月	日	電話		手機					
籍貫	省	縣市	住址								
身高				聽力				醫院	南投市衛生所		
體重				健康情形				醫師			
視力	右	左		有無惡疾				醫師執照			
雙視											
辨色力				其它				檢查日期			

南投縣南投市衛生所