

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	埔里鎮衛生所
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	

南投縣埔里鎮衛生所

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	埔里鎮衛生所
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	

