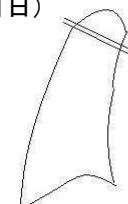
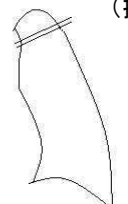


健康診断書

本人記入欄	フリガナ			男・女	志望 コース	コース
	氏名					
	生年月日	(西暦) 年 月 日生				
現住所	〒 —					
	TEL : — —					
診 断 事 項						
視力	右 . (矯正)			聴力	右 正常・異常()	
	左 . (矯正)				左 正常・異常()	
医 師 記 入 欄	主な既往症と罹患時の年齢			エ ッ ク ス 線 撮 影	エックス線像	
					<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>直接 (撮影年月日)</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>間接 (撮影番号)</p>  </div> </div>	
	現在の主な疾病					
	(入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容)					
その他特記事項			所見	健康・要観察・要治療		
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する						
年 月 日						
住所(所在地)						
医療機関名						
医師の名前						
⑩						

※印欄は記入しないまま提出してください。