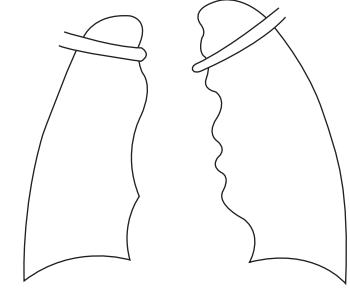


健康診断書

| | | | | |
|---|---------------------|--------|------------|---|
| (ふりがな) 氏名 | | 男 女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所 | 郵便番号 電話() - | | | |
| 身長 | . cm | 眼 | 視 右 | . (.) |
| 体重 | . kg | | 力 左 | . (.) |
| 血圧 | | | (撮影 年 月 日) | |
| 主な既往症 | (ある場合は、病名と時期を記載) | | エックス線所見 | 間接  異常なし 要精密 |
| その他の診断事項及び所見 | | | | |
| 上記のとおり診断します。 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師氏名 | | | | |



- 注1 診断書は、願書提出前おおむね6箇月以内のものとしてください。
- 2 学校、職場等で実施した診断書の写しをもって代えることができます。
- 3 記入は、黒インク又は黒ボールペンを用い、かい書で書いてください。