

科目等履修生志願者健康診断書

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年 月日	年 月 日
現住所	〒 _____ TEL _____				

診 断 事 項		
視 力	右	・ (・)
	左	・ (・)
聴 力	右	
	左	
結 核		
その他の疾病 及び異常		
<p style="text-align: center;">診断の結果，上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所（所在地） 医療機関名</p> <p style="text-align: right;">TEL() -</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>		

- (注) 1. 太線内（診断事項，証明欄）は志願者が記入しないでください。
2. この診断書を作成する医療機関は特に指定しません。
3. 裸眼視力が0.3未満（D段階）の者は，矯正視力も必ず数値で記入してください。
4. 「結核」の診断は，レントゲン撮影によります。（間接，直接いずれも可）