

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		
				直接		
				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 印						

- 注1 診断書は、願書提出前おおむね6箇月以内のものであること。
- 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を用い、かい書で書いてください。