

受験番号	※
------	---

フリガナ 氏 名	----- 西曆 年 月 日生	男・女
現住所	〒 _____	

太枠内は、受験者自身が記入すること。

## 診 断 事 項

健康の状況		医師の所見
視 力	右 ( )	
	左 ( )	
色 覚		
聴 力	右	
	左	
結 核		
その他の 疾病及び 異 常		
特 事 記 項	(入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容)	

<p>診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">西曆 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>
--

### 健康診断について

- 健康診断は、出願の3ヶ月以内に受診してください。

### 医師へのお願い

- 健康診断書にあたっては、診断事項はもれなく記入してください。