

※受験番号

大学提出用

健康診断証明書

フリガナ		性別	生年月日(西暦)		
氏名		男 女	年	月	日生 歳
現住所	〒 —				
身長		cm	体重		kg
視力	右裸眼	(.)	右矯正	(.)	
	左裸眼	(.)	左矯正	(.)	
胸部レントゲン検査：直接 所見					
既往歴					
その他の特記事項					
(西暦) 年 月 日 上記のとおりであることを証明いたします。 医療機関名等 住所(所在地) 医師の氏名 ⑩					