

※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				