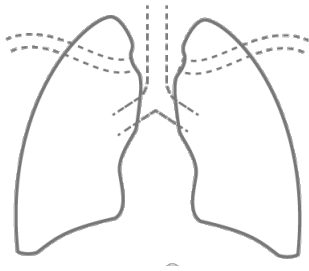


科目等履修生志願者 健康診断書

ふりがな 氏名				(男 ・ 女)
生年月日	西暦	年	月	日生 (歳)
現住所	〒 自宅 TEL : 携帯電話 :			
診断事項				
視力	右 ・ (・)	主な既往症		
	左 ・ (・)			
聴力	右	医師所見		
	左			
胸部X線検査	【 撮影区分】 直接 ・ 間接 (年 月 撮影)			
	所見			
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関所在地 名 称 医 師 氏 名				
				印

※本健康診断書の記載事項は、「科目等履修生志願書」提出前3カ月以内のものであること

※本学卒業後2年以内の者は提出不要