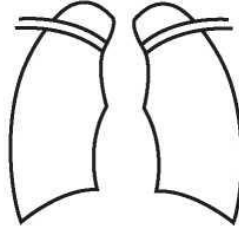


2027年度

健康診断書

ふりがな			受験番号	★	
氏名					
生年月日	(西暦)	年 月 日生			
現住所	TEL				
健康 の 状 況	視力	右	・ 矯正 (・)	胸部 間接 直接 撮影年月日 (年 月 日) 所見	
		左	・ 矯正 (・)		
	色覚				
	聴力	右			
		左			
	その他の 疾病及び 異常				
医師所見					

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

住所(所在地)

医療機関名 TEL()

医師の氏名 印

(注)入試日より3カ月以内に作成されたものに限る。

★印の欄は記入しないこと。