

健康診断証明書

カ 氏 名	学生番号		
生年月日	平成	年	月 日
所 属	学部		学科

計 測	身 長	体 重	
	c m	k g	
視 力	右 ()		左 ()
検 尿	糖	蛋 白	
	()	()	
胸部X線 撮 影			
診断所見			
総合判定			

健康診断の結果、上記の通り相違無いことを証明します

平成 年 月 日

住所

医師

印