

(3)

## 健康診断証明書

フリガナ	生年月日(西暦)		
氏名	年 月 日 生		
視力	右	・ ( · )	医師所見
	左	・ ( · )	
聴力	右		
	左		
胸部X線検査			
その他の疾病及び異常			
検尿	蛋白( )	糖( )	血圧
上記の通り証明する。			
年 月 日		医師住所氏名	印
(科目等履修生・聴講生)			

※受診後3か月以内のものに限ります。

※小平・千駄ヶ谷両キャンパスへの出願者は、一方はコピーを提出しても構いません。