

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。