

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。