

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

(履修証明プログラム(科目等履修生))

※受診後3か月以内のものに限ります。