

日本医療専門学校  
入学志願者健康診断書

		受験 番号	※	
判 定	検査不要・再検査・要精密			
ふりがな				住 所
氏 名				
生年月日	西暦	年	月 日生	
診 断 事 項				
健 康 の 状 態	視 力	右		そ の 他 特 記 事 項
		左		
	色 覚			
	聴 力	右		
		左		
	結 核			
その他の 疾病及び 異 常				
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日  医療機関名 住 所 医師の氏名 <span style="float: right;">(印)</span>				

注： ※印は記入しないでください。

