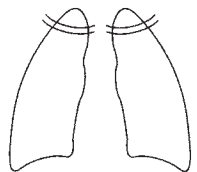


# 健康診断書

Please Cut off

フリガナ		性別	生年月日	年	月	日生
氏名					満	才
現住所	〒 TEL ( )					

\*太枠内志願者記入

身長	cm				
体重	kg				
胸囲	cm				
眼	視力	右 ( )	左 ( )		
	色神	正常・色弱・色盲			
聴力	正常・難聴				
胸部エックス線所見			既往歴及び現病歴		
直接			間接		
健康、要観察、要治療					
備考					
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。					
年 月 日					
医療機関 (校医) 所在地 電話 ( ) 医師氏名					
					印

(目白ファッション&アートカレッジ)