

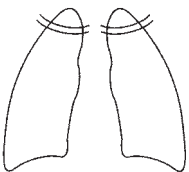
# 健康診断書

✂ 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)