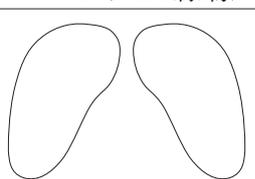


受験番号	*
------	---

健康診断書

フリガナ		男	生年月日	年	月	日
氏名		女	年齢			才
現住所	〒 () —					

診断事項

身長	体重	胸囲	視力	聴力	その他の疾病及び異常
・ cm	・ kg	・ cm	右 (・)	右	既往症及び身体障害
			左 (・)	左	
撮影区分					エックス線像
直接間					
所見					

キリトリ線

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関所在地
医療機関名
医師氏名

印

- (注) ①*の欄は記入しないでください。
②年号は西暦(4桁)で記入してください。