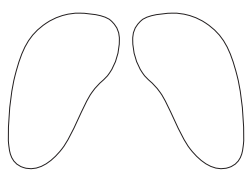


受験番号	*
------	---

健康診断書

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

診断事項

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

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。