

2023年度（後期）埼玉県立大学  
幼稚園教諭免許取得特例制度科目等履修生 志願者  
健康診断書

①、②は志願者が記入すること。

|                                                                                                                                                                                                                                                     |   |        |    |     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|----|-----|--|
| ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                |   |        | 男  | ②   |  |
| ① 氏名                                                                                                                                                                                                                                                |   |        | ・  | 現住所 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                     | 年 | 月      | 日生 | 女   |  |
| 診 断 事 項                                                                                                                                                                                                                                             |   |        |    |     |  |
| 視 力                                                                                                                                                                                                                                                 | 右 | ・ 矯正視力 |    | ・   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                     | 左 | ・ 矯正視力 |    | ・   |  |
| 聴 力                                                                                                                                                                                                                                                 | 右 |        |    |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                     | 左 |        |    |     |  |
| 胸部 X 線所見                                                                                                                                                                                                                                            |   |        |    |     |  |
| その他の疾病<br>及び異常                                                                                                                                                                                                                                      |   |        |    |     |  |
| <p>診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年    月    日</p> <p style="text-align: center;">住所（所在地）</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名</p> <div style="text-align: right;">⑩</div> |   |        |    |     |  |

- お願い    1    検査方法は、学校保健安全法施行規則に定めるところによってください。
- 2    診断事項中、異常がない場合又は記入のない場合は、その旨記入してください。