**埼玉県立大学大学院　科目等履修生･聴講生　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  ①　氏 名 | |  | | 男  ・  女 | ②  現住所 |  |
| 年　　月　　日生 | |
| 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  及び異常 | | |  | | | |
| 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  住所（所在地）  医療機関名  医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |

お願い　１　検査方法は、学校保健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。