**埼玉県立大学大学院研究生志願者**

**健康診断書**

①、②は志願者が記入すること。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | ふりがな |  | 男 ・ 女 | ② 現住所 |  |
| 氏　名 | 　　　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　　　　　　　　　　　　　　医師の指名　　　　 　　　　　　　　　　　 |

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事項のない場合は、その旨記入してください。