健康診断証明書

学部 _____ 学科 _____ 学年 _____ 年 学籍番号 _____

フリガナ		性別		
氏名			生年月日	

身長		cm		撮影日	
体重		kg	胸部X線 検査	所見	
BMI					
視力 検査	右	・ (矯正 ・)	内科診察		
	左	・ (矯正 ・)			
尿検査	蛋白		備考		
	糖				

上記のとおり証明いたします。

医療機関	診察日	
	所在地	
	電話番号	
	名称	
	医師	
		印