

# 入学志願者健康診断書

指定用紙4号

氏名	現住所 〒
生年月日	年 月 日 (満 才)
現在の健康状態	
良好 ・ 普通 ・ すぐれない (具体的な自覚症状についてお書きください)	

## 診 断 事 項

主な既往症		
胸部レントゲン所見 < 年 月 日撮影 >  所見 (異常なし・治療所見あり・要精査)	身長	. cm
	体重	. kg
	血圧	/ mmHg
	尿蛋白	- ・ 土 ・ +
	尿糖	- ・ 土 ・ +
	感染症	HB s ( ) HCV ( )
	その他	
医師所見		
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		

(印)

※本書の証明日は、出願期間前3か月以内のものとする。

※健康診断書のみ直接本研修センターに送付される場合は、下記住所をお願いします。

送付先:162-0044 東京都新宿区喜久井町 20-8 オケタニ早稲田ビル

桶谷式乳房管理法研修センター教務部 ※健康診断書在中と明記してください。