

健康診断証明書

学 部			
学 科			
学籍番号		性 別	
氏 名		生年月日	

身 長	cm		体 重	kg
視 力	右	裸眼	矯 正 ()	
	左	裸眼	矯 正 ()	
尿検査	尿蛋白()	尿糖()	尿潜血()	
胸 部 X線検査	撮影年月日	年 月 日		
	所 見			
内科診察	所 見			
備 考				

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

※ここに証明者の情報が記載されます。
(大学名・学校医名・学校医印等)