

健康診断証明書

所属学部(科)

学年 年

健診日

学籍番号		性別		
氏名			生年月日	生

身長		cm		撮影日	
体重		kg	胸部X線 検査	所見	
視力	右	・ (矯正 ・)	健診医 診察		
	左	・ (矯正 ・)			
検尿	蛋白		備考		
	糖				

上記の通り証明いたします。

	診察日
	所在地
医療機関	電話番号
	名称
	医師 印