


健康診断証明書（文京町・在学生）

太枠内を記入してください。

フリガナ 氏名			
学籍番号		学 年	年
所属・学年	<input type="checkbox"/> 人文社会科学部 <input type="checkbox"/> 教育学部 <input type="checkbox"/> 理工学部 <input type="checkbox"/> 農学生命科学部 <input type="checkbox"/> 研究科 ()		
生年月日	西 暦	年 月 日	(歳)

下記は医療機関を受診し、記載してもらってください。

身長	cm	体 重	kg
血 圧	/ mmHg		
検 尿	蛋白 ()	潜血 ()	糖 ()
<div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">医療機関名</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">所在地</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">電話番号</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">医師名</div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>			

（学生健康診断外部受診者用）

2024年4月 弘前大学