

健康診断証明書（新入生）

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"/> 医学部 医学科 <input type="checkbox"/> 医学部 保健学科 <input type="checkbox"/> 医学部 心理支援科学科 <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		
胸部X線検査	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり ()	
内科所見	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり ()	
年 月 日			
医療機関名			
所在地			
電話番号			
医師名 (印)			

(学生健康診断外部受診者用)

2024年4月 弘前大学