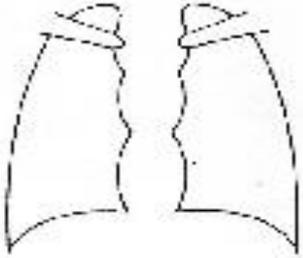


※受付番号

平成 年 月 日

# 健康診断書 (介護福祉学科提出書類)

東京豊島IT医療福祉専門学校

ふりがな				生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日生
氏名						
現住所				TEL - -		
身長		. cm		エ ッ ク ス 線 所 見	直接 間接	
体重		. kg				
眼	視力	右				
		左				
耳	聴力	右	異常なし・要精密	平成 年 月 日 撮影	所 見	異常なし ・ 要精密
		左	異常なし・要精密			
その他の 診断事項		なし・あり				
備 考 必要な場合に 総合診断等						
<p>検査の結果上記のとおり診断する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所地 名称 医師氏名 <span style="float: right;">印</span></p>						

注 1 該当事項は、○で囲んでください。

2 病院または保健所の医師の診断を受け、医師の証明を受けたものである必要があります。