

宇都宮大学・大学院科目等履修生健康診断証明書

ふりがな				男 ・ 女	直接	間接
氏名		年 月 日生				
身長		・	cm	主なる既往症 有・無（具体的内容を記入）	所見	
体重		・	kg			
視力	右	・	(・)	主な現在疾患（必ず記入してください。） <small>(入学後の健康管理上、注意すべき疾患の有無とその内容)</small> 有・無（具体的内容を記入）	検査の結果標記のとおり診断する。	平成 年 月 日
	左	・	(・)			
聴力		右	左	検査施設名	医師氏名	印
その他の診断事項						
判定	※	検査不要・要再検・要精密		※ 医師氏名	印	

健康診断受診上の注意

- 1 この証明書は、願書受付日前3か月以内の診断の結果によるものであること。
- 2 虚偽の受診をしたことが発見された場合は、入学決定後でも許可を取消すことがあります。
- 3 ※印欄は記入しないでください。