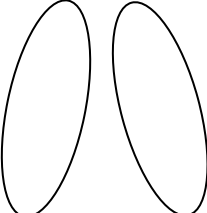


平成 年度徳島大学入学志願者(特別聴講学生)健康診断書

ふりがな				受験 番号	※
氏 名	男 女				
生年月日	年	月	日 生		
現住所					
TEL					
健 康 の 状 況	視力	右	矯正 ()	胸部 間接 直接	
		左	矯正 ()		
	聴力	右		撮影年月日 (年 月 日)	所見
		左			
	その他の疾病 及び異常				
	医師所見				
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 TEL 医師の氏名 印					

(注) ※欄は大学が記入します。