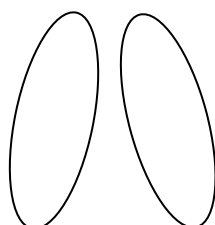


平成 年度徳島大学入学志願者(特別聴講学生)健康診断書

ふりがな 氏名			受験 番号	※	
	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  撮影年月日 (年 月 日) 所見
		左	矯正 ()		
	聴力	右			
		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。