

札幌大谷大学・札幌大谷大学短期大学部

入学志願者健康診断書

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日生
氏 名						
現 住 所	〒					

診 断 事 項			
身 長	cm	胸 部 エ ッ ク ス 線 検 査	
体 重	kg	撮影方法	間 接 ・ 直 接
視 力	左: ()	撮影年月日	西暦 年 月 日
	右: ()	所 見	
聴 力	異常 (有 ・ 無)		
既 往 症			
現 在 症			
そ の 他 特記事項			
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 西暦 年 月 日 住所(所在地) 医 療 機 関 名 医 師 名			

注) 健康診断書が必要な志願者

身体に障がい等を有するなど、受験上及び修学上特別な配慮が必要とされる場合は、出願前に入試広報課へ相談のうえ提出。それ以外の者は提出不要。