

受験番号 ★記入不要

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	所 見	西暦	年	月 日
	右： ()					
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。