

島商船高等専門学校 商船学科入学志願者

健康診断証明書

受験番号 **※37-**

ふりがな	おおしま はなこ			
氏名	大島 花子			
生年月日	平成 19 年 9 月 5 日生		性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
在籍(出身)学校	○○市立△△中学校 卒業 <input checked="" type="radio"/> 卒業見込み			
診 断 事 項				
視力	右	裸眼 <input checked="" type="radio"/> A・B・C () <input checked="" type="radio"/> 矯正 ※「C」の場合は数値で記入	左	裸眼 <input checked="" type="radio"/> A・B・C (0.6) <input checked="" type="radio"/> 矯正 ※「C」の場合は数値で記入
聴力	右	正常 <input checked="" type="radio"/> 異常 ()	左	正常 <input checked="" type="radio"/> 異常 ()
色覚	正常 <input checked="" type="radio"/> 異常 ()			
主な既往症	有 (才 病名) <input checked="" type="radio"/> 無			
その他特記事項	(入学後の健康管理上注意すべき疾病や現在服薬中・治療中の疾病があれば記載してください) <input checked="" type="checkbox"/> 特記事項はありません (無の場合はチェックを入れてください)			

学校長の証明（令和5年3月卒業見込みの者）

記載事項に相違ないことを証明する。

令和 5 年 1 月 17 日

学校名 ○○市立△△中学校

校長名 小松 太郎

印
職印

医師の証明（既卒業者等）

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

住所

医療機関名

医師名

(印)

島商船高等専門学校 商船学科入学志願者

健康診断証明書

受験番号 **※37-**

ふりがな	おおしま はなこ				
氏名	大島 花子				
生年月日	平成 19 年 11 月 3 日生			性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
在籍(出身)学校	○○市立△△中学校 卒業 <input checked="" type="radio"/> 卒業見込み				
診 断 事 項					
視力	右	裸眼 <input checked="" type="radio"/> A・B・C () <input checked="" type="radio"/> 矯正 ※「C」の場合は数値で記入	左	裸眼 <input checked="" type="radio"/> A・B・C (0.6) <input checked="" type="radio"/> 矯正 ※「C」の場合は数値で記入	
聴力	右	正常 <input checked="" type="radio"/> 異常 ()	左	正常 <input checked="" type="radio"/> 異常 ()	
色覚	正常・異常 (医師の診断書を添付)				
主な既往症	有 (才 病名) <input checked="" type="radio"/> 無				
その他特記事項	(入学後の健康管理上注意すべき疾病や現在服薬中・治療中の疾病があれば記載してください) <input checked="" type="checkbox"/> 特記事項はありません (無の場合はチェックを入れてください)				

学校長の証明（令和5年3月卒業見込みの者）

記載事項に相違ないことを証明する。

令和 5 年 1 月 17 日

学校名 ○○市立△△中学校

校長名 小松 太郎

印
職印

医師の証明（既卒業者等）

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

住所

医療機関名

医師名

(印)