

健康診断証明書

		受験番号		※37ー	
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 ・ 女	
在籍(出身)学校	〇〇市 立 △△ 中学校 卒業 卒業見込み				
診 断 事 項					
視力	右	裸眼 A ・ B ・ C () 矯正 ※「C」の場合は数値で記入	左	裸眼 A ・ B ・ C (0.6) 矯正 ※「C」の場合は数値で記入	
聴力	右	正常 ・ 異常 ()	左	正常 ・ 異常 ()	
色覚	正常 ・ 異常 ()				
主な既往症	有 (才 病名) 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	〇〇市立△△中学校
校長名	小松 太郎
	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

色覚について学校長
が証明できない場合

令和 5 年度

様式 6

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ー	
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 ・ 女	
在籍(出身)学校	〇〇市 立 △△ 中学校 卒業 卒業見込み				
診 断 事 項					
視力	右	裸眼 A ・ B ・ C () 矯正 ※「C」の場合は数値で記入	左	裸眼 A ・ B ・ C (0.6) 矯正 ※「C」の場合は数値で記入	
聴力	右	正常 ・ 異常 ()	左	正常 ・ 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) 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	〇〇市立△△中学校
校長名	小松 太郎
	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