

# 健康診断書等証明書交付願

(発行台帳)

令和 年 月 日

保健管理センター所長 殿

医学科・看護学科・医学系研究科

年度入学 ( 学年)

学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

(英文希望の場合はアルファベット表記) \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

下記により証明書を交付くださるようお願いいたします。

## 記

区別	番号	種別	必要部数	追加項目 (必要な場合は <input checked="" type="checkbox"/> )
学部 大学院	1	健康診断書	部	<input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聴力 (会話法)
	2	抗体価・ワクチン接種証明書 (麻疹・風疹・水痘・ムンプス・B型肝炎)	部	

※指定様式がある場合や、視力・聴力 (会話法) の記載、英文を希望する方は申し出てください。

使用目的に○印を 付け、( ) に提出 先を記入すること	1. 病院見学 ( ) 2. 就職 ( ) 3. 研修・実習 ( ) 4. その他 ( )
------------------------------------	--

受領確認	月日	月 日
	氏名	

-----事務記入欄-----

	滋医学証号 番 号	滋医学証号 番 号	滋医学証号 番 号	滋医学証号 番 号	滋医学証号 番 号
種別	1 ・ 2	1 ・ 2	1 ・ 2	1 ・ 2	1 ・ 2
番号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号