

色覚について学校長  
が証明できる場合

令和4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-

ふりがな	おおしま はなこ			
氏名	大島 花子			
生年月日	平成18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4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4年1月17日 学校名 〇〇市立△△中学校 校長名 小松 太郎	
--	--

医師の証明 (既卒業者)

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	
---	--

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18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 ( 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4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4年1月17日 学校名 〇〇市立△△中学校 校長名 小松 太郎	
--	--

医師の証明 (既卒業者)

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	
---	--