

令和6年度

大島商船高等専門学校 商船学科入学志願者

様式10

健康診断証明書 Certificate of Health

受験番号 ※37-

英語により記載してください。 Please fill out (PRINT/TYPE) in English.

氏名

Name:

Surname

Given name

Middle name

生年月日

Date of Birth:

性別 男 Male

Gender: 女 Female

1. 診断事項

Physical Examination

(1) 視力

Eyesight:

(R) _____ (L) _____
裸眼 Without glasses

(R) _____ (L) _____
矯正 With glasses or contact lenses

(2) 色覚

Color vision:

正常 Normal 異常 Impaired

(3) 聴力

Hearing:

正常 Normal 異常 Impaired

2. 既往症

Past Illness/disorder:

_____ 特になし None

3. 特記事項

Particulars or additional comments:

_____ 特になし None

日付

Date:

署名

Signature:

医師氏名

Physician's Name (Print): _____

検査施設名

Office/Institution: _____

住所

Address: _____