

健康診断証明書

視力がA又はBの場合は数値不要

受験番号 ※37-

ふりがな	おおしま はなこ		
氏名	大島 花子		視力がCの場合は数値を入力してください
生年月日	平成20年9月5日 生	性別	女
在籍(出身)学校	〇〇市立△△中学校		卒業見込み
診 断 事 項			
視力	右 矯正 B ()	左 矯正 0.6	※「C」の場合は数値で記入
聴力	右 正常	左 正常	
色覚	正常		
主な既往症	無 才 病名		
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

記載事項に相違ないことを証明する。
令和 6 年 1 月 10 日
学校名 〇〇市立△△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

色覚について学校長が証明できない場合令和6年度

大島商船高等専門学校 商船学科入学志願者

様式6

健康診断証明書

視力がA又はBの場合は数値不要

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20年9月5日 生	性別	女
在籍(出身)学校	〇〇市立△△中学校 卒業見込み		
診 断 事 項			
視力	右 矯正 B ()	左 矯正 0.6	
	※「C」の場合は数値で記入		※「C」の場合は数値で記入
聴力	右 正常	左 正常	
色覚	正常・異常 医師の診断書を添付		
主な既往症	無 才 病名		
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

記載事項に相違ないことを証明する。 令和 6 年 1 月 10 日 学校名 〇〇市立△△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
--	---