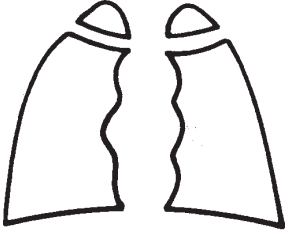


※印の欄には記入しないでください。

受験番号

※

2027年度 埼玉女子短期大学
入学志願者健康診断書

フリガナ			生年月日	年 月 日	
氏 名			(西 暦)	() 歳	
現 住 所	〒 ー				
身 長	. cm		視 力	右	矯正()
体 重	. kg			左	矯正()
運動障害			聴 力	右	
エ ッ ク ス 線	○撮影区分 (直接・間接)			左	
			既 往 症		
			現 在 症		
			所 見		そ の 他 特記事項
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。					
(西暦) 年 月 日					
住 所					
医療機関名					
医 師 名					
⑩					

※ご記入いただいた個人情報は、入学選考及び選考結果通知、入学手続き等に関する諸連絡、および学校運営のための資料として利用します。