

# 健康診断書

フリガナ				
氏名				
生年月日		年 月 日	性別	男・女
健康 の 状 況	視力	右	( )	
		左	( )	
	聴力	右		
		左		
	胸部X線検査			
	その他の疾病 及び疾病			
医師所見				
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明します。				
年 月 日				
所在地				
医療機関名				
医師名				
印				

◎最近3ヶ月以内に証明を受けたものであること。

学校法人 国際経営学園  
国際電子会計専門学校