

様式第2号の2（第2条関係）

かかりつけ医等に記入のお願いをしてください。

健康診断書

（奨学資金申請用）

住 所			
氏 名			
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女

身 長	cm	その他の疾病及び異常
体 重	kg	
視力 右	(矯正)	
視力 左	(矯正)	
聴力 右		
聴力 左		
検 尿	蛋白 () 糖 ()	
血 圧	—	

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

医師名

印