


(様式3)

2024年度 東京都立大学

健康診断書

ふりがな		生年月日	男・女
氏名		・	
診断事項			
結核			
所見			
その他の疾病及び異常	病名 (無・有)		
受診日	年 月 日		
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。			
年 月 日			
住所(所在地)			
医療機関名			
医師氏名 印			

受理番号