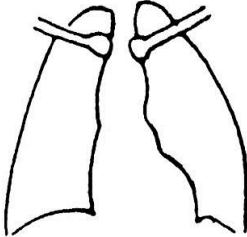


2019年度 首都大学東京

# 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	無・有 (病名)		
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