

診断書(免許申請用)申し込み用紙

湯島保健管理センター

申込日	年　月　日 ()	受領日	年　月　日 ()	サイン	
学籍番号					
フリガナ					性別
氏名					男・女
※英文の場合はローマ字でのスペル(パスポート表記)も合わせてご記入ください					
生年月日	西暦　年　月　日 (満　歳)				

所 属	学　生	学部学生	医学科	6年・(既卒	年)
			保健衛生学科(看護・検査)	4年・(既卒	年)
			歯学科	6年・(既卒	年)
			口腔保健学科(衛生・工学)	4年・(既卒	年)
		大学院生	()専攻	(1・2・3・4・5)年
大学院研究生	()専攻			
その他	()専攻			
連絡先	内線・PHS () 携帯電話 () メールアドレス()				
受け渡し方法	□窓口受け取り(申込日の翌開室日14時以降) □郵送(切手を貼付し住所等記載した封筒持参)				

1. 今年度の定期健康診断を受けていますか はい いいえ

2. 視覚機能について

目が見えない 該当しない 該当する

3. 聴覚機能

耳が聞こえない 該当しない 該当する

4. 音声・言語機能

口がきけない 該当しない 該当する

5. 精神機能

精神機能の障害 該当しない 該当する

6. 違法薬物を使用していますか いいえ はい