

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				性 別
フリガナ				
氏 名	※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			男 ・ 女
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() ※確実に連絡が取れる先や時間帯を記入してください。
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