健康診断等 証明書申し込み用紙

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
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		
学籍番号 職員番号			
生年月日	西暦　年　月　日		

所属	学　生	学部学生	医学科（１・２・３・４・５・６）年 保健衛生学科（看護・検査）（１・２・３・４）年 歯学科（１・２・３・４・５・６）年 口腔保健学科（衛生・工学）（１・２・３・４）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
	職　員	所 属 名	
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。	

発行理由	☐就職　☐マッチング　☐インターン　☐病院見学　☐留学　☐奨学金申請　☐免許申請 ☐麻薬取り扱い　☐進学　☐出張　☐その他（　）
提出先	
今年度受けている健康診断	☐学生一般定期健康診断　☐職員一般定期健康診断
提出先指定用紙	提出先から指定用紙が配布されている場合は「有り」を、指定用紙の配布がない場合は「無し」にチェックしてください。無しの場合は、本学の書式で発行します。※職員は本学書式のみ可 ☐有り（　）枚　☐無し（　）枚　☐英文
	※下の必要項目にチェック☑してください。 ☐学生一般定期健康診断 ☐職員一般定期健康診断 ※特定業務従事者健康診断(1～2月実施)の結果では、証明書発行は行えません。 ☐抗体検査、予防接種など ☐ 4種（麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘）抗体検査／ワクチン接種 ☐ B型肝炎 抗原抗体検査／ワクチン接種 ☐ インフルエンザワクチン接種 ☐ Tスポット®.. TB検査 ☐ その他（　）

＊申込日から3カ月経過しても受け取りがない場合は、申込書と証明書は破棄いたします＊

2024.4月