

# 健康診断等 証明書申し込み用紙

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	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> マッチング <input type="checkbox"/> インターン <input type="checkbox"/> 病院見学 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 奨学金申請 <input type="checkbox"/> 免許申請 <input type="checkbox"/> 麻薬取り扱い <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> その他( )
提出先	
今年度受けている健康診断	<input type="checkbox"/> 学生一般定期健康診断 <input type="checkbox"/> 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。 <b>※職員は本学書式のみ可</b> <input type="checkbox"/> 有り ( )枚 <input type="checkbox"/> 無し ( )枚 <input type="checkbox"/> 英文
	<p>※下の必要項目にチェック☑してください。</p> <input type="checkbox"/> 学生一般定期健康診断 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 抗体検査、予防接種など <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> B型肝炎 抗原抗体検査/ワクチン接種 <input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン接種 <input type="checkbox"/> Tスポット®.. TB検査 <input type="checkbox"/> 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 \*