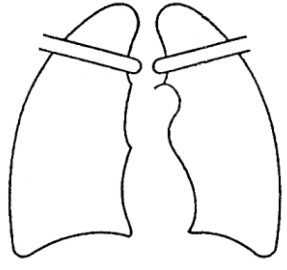


# 健康診断書

フリガナ			国 籍			性別	男・女
氏 名			生年月日	年 月 日			
現住所	〒 - (電話: - - )						
既往症	無・有 ( )						
身長	. cm	体 重	. kg	視 力	右 ( . )	左 ( . )	
聴 力	異常なし・異常あり ( )						
胸部 X 線撮影 <input type="checkbox"/> 特筆すべき所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり    年 月 日撮影 直接・間接 Film No. _____			血圧測定 / mmHg				
			尿検査 蛋白 糖 潜血 ( ) ( ) ( )				
			血液検査				
			肝機能 GOT GPT $\gamma$ -GTP ( ) ( ) ( )				
			脂 質 TC TG ( ) ( )				
			貧 血 Hb RBC ( ) ( )				
医師聴打診							
総合所見							
備 考							
上記の通り診断します 年 月 日			住 所 _____ 診断機関 _____ 医 師 _____		印 _____		

大学名	大学	企業名	公益財団法人日本ガイシ留学生基金
-----	----	-----	------------------

※本書類は選考以外の目的に使用しません。