



※太枠内は各自で記入して下さい。

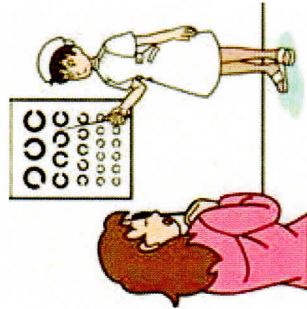
学生番号			
氏名			
生年月日	年	月	日
住所	年齢	才	
電話番号			
該当するものに○をつけてください。			
裸眼・コンタクト・メガネ			
視力	裸眼	矯正	
	右	()
	左	()
診断の結果上記の通り相違ないことを証明します。			
年 月 日			
検査機関名及 び 所 在 地			
医 師 氏 名			
印			

☆視力検査は眼科で受診できます。
←の用紙を点線で切り取り、受診の際に持参下さい。

☆検査結果用紙は速やかに保健室まで提出して下さい。

☆就職活動にて健康診断証明書を要する方は、視聴力検査結果が必要です!!!!!!
検査されていないと発行できませんので、お気をつけ下さい。

☆目覚めてから眠るまでの間に視力は徐々に落ちていきます。
視力測定を行うなら、午前中をおススメします。



※点線で切り取り提出して下さい。