



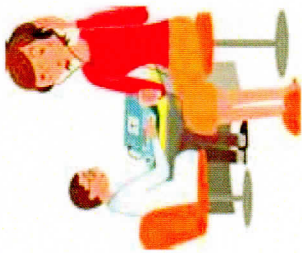
※太枠内は各自で記入して下さい。

学生番号			
氏名			
生年月日	年	月	日
			年齢
住所			
電話番号			
聴力		1000Hz	4000Hz
	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			

☆聴力検査は耳鼻咽喉科で受診できます。
 ←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。



※点線で切り取り提出して下さい。