青森県ヘアアーチスト専門学校

健　康　診　断　書

（医 師 記 入）

ふ　り　が　な		生年月日	年齢	性別
氏　　名		昭和 平成　　年　　月　　日 令和	歳	
住　　所	都道 府県			

身　　長	cm
体　　重	kg
結　　核 胸部X線撮影検査	有・無（　　）
皮 膚 疾 患	有・無（　　）
精 神 疾 患	有・無（　　）
て ん か ん 病	有・無（　　）
ア ル コ ー ル （ア レ ル ギ ー）	有・無（　　）

特記事項

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する

令和　　年　　月　　日

住　　所　　〒

T　E　L　　－　　－

医療機関名

医　師　名　　㊞