

# 健康診断書 (医師記入)



青森県ビューティー&メディカル専門学校  
学校法人 木原学園 Aomori Beauty & Medical College

氏名	男・女	生年月日	年 月 日	生 満年齢 歳
住所	都道府県			
身長	cm	体重	kg	
結核	無 有 [ ]			
皮膚疾患	無 有 [ ]			
精神病	無 有 [ ]			
精神薄弱者	無 有 [ ]			
アルコール・ 麻薬中毒	無 有 [ ]			

\*その他特記事項

診断の結果上記の通り相違ないことを証明する。

年 月 日

住所〔所在地〕〒

Tel ( ) -

医療機関名

医師氏名

