**２０２６年度　横浜市立大学大学院医学研究科**

**入学志願者健康診断書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **大学院研究生** | |  | **受験番号** | **※** | |
|  | |  |  |  | |
| **フリガナ** |  | | **性別** | | **男　・　女** | |
| **氏名** |  | | **生年月日** | | **Ｔ/Ｓ/Ｈ**  **年　　月　　日生** | |
| **現住所** | **〒** | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **胸部Ｘ線検査** | **所見　　　直接撮影　　　No**  **撮影日　　　　年　　月　　日** |
| **主な既往症及び**  **特記事項**  **（治療中の疾患も**  **記載のこと）** |  |
| **上記のとおり相違ないことを証明する。**  　　　　年　　　月　　　日  住所（所在地）  医療機関名  医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 　印 | |

記入上の注意

　１　※欄は大学が記入します。

　２　出願日前３か月以内に受診したものに限ります。

３　大学の所定用紙でなくてもかまいません。

　（この入学志願者健康診断書は、使用目的以外の利用は致しません。）