京都産業大学 健康診断証明書 Kyoto Sangyo University CERTIFICATE OF HEALTH

*To be completed within 6 months prior to planned arrival in Japan

*To be complete in either **ENGLISH or JAPANESE ONLY**

出願者氏名 Name of Applicant			性別 Gender 生年月日 Date of Birth				th
			男M	/ 女F	YY	MM	DD
現住所 Present Address							
Telephone		E-ma	il				
身長 Height	• cm	体重	Wei	ght		• kg	
聴力 Hearing 右 Right	左	Left					
胸部X線検査 Chest X-ray Examination							
可能なら、異常所見があればFilmを添付してく	ださい。Where possib	ole, film	s shou	ıld be submi	tted to KSU	only in the case	of abnormalitie
being present.	BB14						
撮影年月日 Date of Examination	間接 Indirect • 直						
1 1	所見 Findings						
Year Month Day							
検尿 Urinalysis 蛋白 Albuminuria ()	糖Glycosuria()	潜」	шОсс	ult Blood			
主な既往症 Previous Illness							
Does the applicant live with any physical of	or learning disabilitie	\$2 何7	い身体	的 学習的	か除害は	ありますか?	
Yes () No () If yes, please provide of	-				7 677 110	0,50,7,7,7,7,1	
Is the applicant registered with or known to	•				的な障害に	よありますか?	,
Yes () No () If yes, please provide of	letails:あれば、詳細	を記入	して	ください。			
Does the applicant currently require any p	rescribed medication	1? 現在	主、処	<u>.</u> 方された薬	<u></u> 変を使って	 いますか?	
Yes () No () If yes, please provide of							
その他特記事項 Other Remarks							
診断日 Date examination (Year	Month E	Day)			
		- 144 00					
医師名 Name of Physician (Type or Print)	医 療	機関名	ら及び	所在地 Na	ime and A	ddress of Med	ical Facility
医師著名 Signature of Physician							