

様式2

健康診断書

香川県立多度津高等学校

氏名			生年月日	平成 年 月 日生
視力	右	()		
	左	()		
聴力	右			
	左			
その他の疾病及び異常				
備考				

令和 年 月 日

医療機関

医師名

印