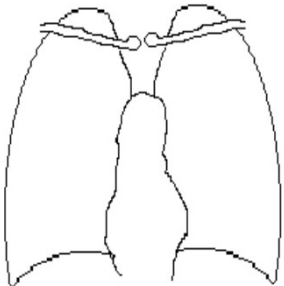


健康診断書

住所					
氏名		男・女	才	生年月日	年 月 日生
既往症	有	傷病名	発病年月日	症 状	
	無				
X線検査		総合所見			
年 月 日  (直接 ・ 間接)					
<p>上記の通り診断する。 平成 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>検診機関名</p> <p>医 師 印</p>					

学校法人 愛甲学院大阪
愛甲農業科学専門学校