







## 在職証明書

|              |   |
|--------------|---|
| フリガナ         |   |
| 氏名           |   |
| 生年月日         | 西暦 年 月 日  |
| 勤務形態         | 1. 常勤職員(正規職員)      2. 非常勤職員<br>3. 臨時職員      4. その他( ) |
| 所属           |   |
| 在職期間         | 自 年 月 日<br>至 年 月 日                                    |
| 職務内容         |   |
| 上記のとおり証明します。 |   |
| 年 月 日        |   |
| 事業所名         |   |
| 住所           |   |
| 連絡先          |   |
| 代表者職・氏名      | 印   |

## 東北福祉大学入学志願者健康診断書

|   |   |           |            |       |   |   |   |
|---|---|-----------|------------|-------|---|---|---|
| フリガナ  |   |           | 生年月日       | 西暦    | 年 | 月 | 日 |
| 氏名  |   |           |            |       |   |   |   |
| 身長  |   |           | 胸部<br>X線検査 | 直接 間接 |   |   |   |
| 体重  |   |           |            | 所見    |   |   |   |
| 視力  | 右 | . (矯正 . ) |            |       |   |   |   |
|   | 左 | . (矯正 . ) |            |       |   |   |   |
| その他の疾病および異常(合否判定には影響しないので正確に記入してください。)  |   |           |            |       |   |   |   |
| 医師の総合判定(入学後健康管理上注意すべき点などを記入してください。)   |   |           |            |       |   |   |   |
| 上記のとおり診断する。<br>2024年 月 日<br>住所<br>電話番号<br>医療機関名<br>医師の氏名 <span style="float: right;">印</span> |   |           |            |       |   |   |   |

- 氏名、生年月日の欄は、あらかじめ志願者が記入してください。
- 上記診察項目を満たす医療機関で受診してください。
- 出願前3か月以内の健康診断書を提出してください。