平成
30

定期健康調査票

日本航空高等学校

フリガナ				生年月日	平成　　年　　月　　日生		
氏　　名							
身長	cm	体重	kg	視力	右（　　） 左（　　）	聴力	右（　　） 左（　　）
色覚（航空科希望者）	異常無し　・　異常有り（　　）						

◇特記事項

上記のとおり相違ありません

平成　　年　　月　　日

記載責任者　　㊞
（医師又は養護教諭）

※学校生活上及び寮生活上支障がある場合、別途健康診断書を提出してください。

受　験　番　号
※

キリトリ