

離籍者の健康診断結果等申込書

申込日

西暦	年	月	日
----	---	---	---

申込者

氏名	(署名)
生年月日	西暦 年 月 日
在籍時の学生・職員番号	
在籍時の所属学部・研究科・ 部署名	
現住所	〒
携帯番号	
メールアドレス	@

必要なもの

種類	部数
<input type="checkbox"/> 健康診断結果（西暦 年度分）	部
<input type="checkbox"/> 抗体検査結果（西暦 年度分）（*）	部

（*）医療系学部に在籍していた者のみ

使用目的

<input type="checkbox"/> 就学
<input type="checkbox"/> 就職
<input type="checkbox"/> その他（ ）

* 返信用封筒（切手を貼って住所、氏名を記入したもの）を同封してください。

* 申込者の本人確認書類も同封してください。本人確認書類は適切な方法で破棄します。