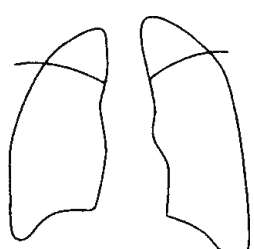


帝京大学グループ健康診断証明書

受付番号	受験番号	理工学部情報科学科 (通信教育課程)
------	------	-----------------------

医師記入欄					
1. 検査方法は学校保健法施行規則の定めるところにより行ってください。 2. 該当事項を○で囲んでください。 3. 視力は裸眼か矯正のいずれかを検査してください。					
フリガナ 氏名	生年月日		西暦 年 月 日生		
	性別				
現住所					
身長	. cm		エ ッ ク ス 線 検 査	直接・間接 年 月 日撮影	
体重	. kg			フィルムNo.	
視力	右	裸眼 矯正			
	左	裸眼 矯正			
聴力	右	異常なし・要精密			
	左	異常なし・要精密			
主な 既往症	その他の 診断事項		所見	異常なし・要精密	
(入学後に健康管理上注意すべき疾病がある場合は記入してください)					
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。 20 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名					

基礎資格証明書 〈専修学校専門課程修了(見込)者用〉

帝京大学長 殿

下記の者は、本校において修業年限が2年以上あり、かつ、
修了に必要な総授業時間数が1,700時間以上または62単位以上である専門課程
の修了(見込)者である。

フリガナ		性別	生年月日
氏名			年 月 日生

在学期間	年 月 日 入学	年 月 日 修了・修了見込
------	----------	---------------

専修学校名	学校	科 課程
-------	----	---------

専修学校設置認可年月日	年 月 日
-------------	-------

上記学科の専門課程認可年月日	年 月 日
----------------	-------

留意事項

- この用紙は専修学校においてすべてご記入ください。
- 文部科学大臣の定める基準を満たす方に限ります。
- 昭和51年1月11日以降に専修学校専門課程の設置を受けた専門学校を対象に、学校教育法の一部が平成10年6月に改正され、平成11年4月より専修学校専門課程(専門学校)の卒業(修了)者で「修業年限が2年以上で課程の卒業に必要な総授業時間数が1,700時間以上」の基準を満たした方の大学編入が可能となりました。ご出身の専修学校専門課程に昭和51年4月以前に入学した方および専修学校として設置認可を受ける前に卒業した方は対象となりません。
- 専修学校設置認可年月日は、学校創立年月日ではありませんのでご注意ください。

上記の記載事項に誤りのないことを証明する。

年 月 日

学校所在地

学 校 名

学 校 長 名

印