様式５

兵庫県立淡路景観園芸学校園芸療法課程

健 康 診 断 証 明 書

※ 受験番号			※ 判 定	検査不要・要再検・要精密
本人記入欄	ふりがな 氏　　名		生年月日	年　　月　　日
			最終卒業学　　校	
	現 住 所	〒 電話（　　）　　－		

診　　断　　事　　項

健康の状況	視　力	右	裸　眼（　　・　　）　矯　正（　　・　　）	
		左	裸　眼（　　・　　）　矯　正（　　・　　）	
	聴　力	右	正　常・異　常（　　）	
		左	正　常・異　常（　　）	
	結　　核		有・無	「有」の場合、具体的に
	その他の疾病及び異常		有・無	「有」の場合、具体的に

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

年　　月　　日

住所（所在地）

医 療 機 関 名

医 師 の 氏 名　　印

（注）裏面の注意事項に留意してください。

記入上の注意事項

1　※印の欄は、淡路景観園芸学校において記入しますので、出願者及び医療機関等は記入しないでください。

2　「結核」の欄は、有無のいずれかを○で囲み、有の場合は具体的に記入してください。なお、この項目は原則として胸部Ｘ線検査結果を記入します。

3　「その他の疾病及び異常」の欄は、有無のいずれかを○で囲み、有の場合は病名を記入し、特に治療及び教育上の配慮を要すると認められるものについては、具体的に記入してください。

4　検査方法は、学校保健安全法施行規則の定めるところによってください。

様式７

相　談　申　請　書

年　　月　　日

申請者	ふりがな 氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日　生
	住　　所	〒
	電話番号	（　　）
※代理（代弁）者	ふりがな 氏　　名	
	関　　係	
	住　　所	〒
	電話番号	（　　）
障がい等の状況		
配慮が必要な内容		

※　代理（代弁者）が必要な場合に記入してください。

注　配慮を必要とする内容を証明できる書類（配慮が必要な箇所の診断書又は手帳のコピー）等を添付してください。

（このページ余白）