


CERTIFICATE OF HEALTH

Applicant's Name 氏名:			
(Family 姓)	(First 名)	(Middle ミドルネーム)	
Date of Birth 生年月日:		Gender 性別: <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女	
(Month 月)	(Day 日)	(Year 年)	<input type="checkbox"/> Unspecified
Current Address 現住所:			
To Physician: Please print clearly. 医師へ: 現在の健康状態について下記に記述して下さい。			
1. Physical or mental findings 心身所見		3.X-ray examination 胸部レントゲン検査	
2. Please describe applicant's medical history (e.g. hospitalization, major surgeries, physical disabilities) and ongoing treatment, if any. 志願者に既往歴 (例: 入院歴、主な手術、身体障害)、現在治療中の疾患があれば書いて下さい		 Date Film No. 肺 <input type="checkbox"/> 正常 Normal Lungs: <input type="checkbox"/> 異常 Impaired Describe the condition of applicant's lungs. 所見	
4. Overall condition: Considering the findings above, it is general state of the applicant's health good enough to pursue a course of study in Japan for a semester or one year? If you choose "Not recommended", specify the type of medical care required (if applicable) and attach an official medical document to be transferred to relevant medical specialists in Okayama 総合所見: 以上を総合して志願者が日本国において1年間の学業をするのに十分な健康状態であると考えられますか? 一つ選んでチェックして下さい。「留学を勧めない」をチェックした場合は、診断書を添付して下さい。 <input type="checkbox"/> Recommended 留学を勧める <input type="checkbox"/> Not recommended 留学を勧めない			
5. Comments コメント			
Physician's Signature 医師の署名 I hereby certify that the above information is true and accurate to the best of my knowledge. 私が知りうる限りにおいて上記記載が真正であることを証明する。			
Affiliation 所属:			
Signature 署名:			
Printed name ブロック体の氏名:			Date 日付: