

公募推薦型選抜

天理大学

※	1	
	2	

(※記入不要)

# 推薦書

年 月 日

天理大学長殿

学校名

校長名

印

下記の生徒を貴学の志願者として責任を持って推薦いたします。

記

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日 生
卒業月日	20 年 月 卒業見込 卒業
<p>&lt;推薦理由&gt;  (志願者の学習や成果を踏まえ、「学力の3要素」に関する評価を記載してください。また、その他必要な特記事項がある場合も記載してください)</p>	



体育学部志願者健康診断書

(※記入不要)

★記入にあたっては、必ず下記の〈注〉を参照してください。

フリガナ		生年月日	年	月	日生
氏名		性別		年齢	歳

診 断 事 項		実 施 年 月 ・ 備 考	
心電図	(所見)	(実施年月： 年 月)	
		異常が認められる場合の運動制限 (有・無)	
胸部X線	(所見)	(実施年月： 年 月)	
		異常が認められる場合の運動制限 (有・無)	
尿検査	(所見)	(実施年月： 年 月)	
視 力	右 ( )	(実施年月： 年 月)	
	左 ( )		
聴 力	右 正 常 ・ 異 常	(実施年月： 年 月)	
	左 正 常 ・ 異 常		
四肢・脊柱の運動障害	(所見)	(実施年月： 年 月)	
		異常が認められる場合の運動制限 (有・無)	
その他の疾病および異常	無・有 ( )	(実施年月： 年 月)	

上記の通り相違ないことを証明する。

年 月 日

所在地

高等学校名  
(医療機関名)

学医名  
(医師名) 印

- 〈注〉
1. 太線枠内は志願者本人が記入してください。
  2. 高等学校在学中の志願者については、学校における健康診断に基づいて、学医が作成したものを提出してください。  
(心電図、胸部X線は入学時のもので可) ※学校長による証明でも可  
なお、既卒等の志願者については、6か月以内に医療機関にて受診し、医師が作成したものを提出してください。
  3. 診断事項のなかで、異常がある場合は診断結果の所見を記入してください。異常または特に記入事項がない場合でもその旨を記入してください。
  4. 心電図、胸部X線、尿検査、視力および聴力については検査実施年月を記入してください。
  5. 「視力」の欄は、裸眼視力は ( ) の左側に、矯正視力は ( ) 内に記入してください。
- \*健康診断書に記載の内容は可否には影響いたしません。