学生定期健康診断日程変更願

申請年月日：平成　　年　　月　　日

太枠内をもれなくご記入ください。

所属	
学生証番号	
氏名	
連絡先（日中に連絡が可能であること）	
健診が受診できない事情	1. 留学・調査研究のため 期間：平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 行き先： 目的： 2. 休学のため 期間：平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 3. 病気・入院等 期間：平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 4. 遠方の研究施設で履修・研究等のため 施設名（　　） 5. その他　（　　）
健康診断実施日 身分証明書確認 （保健センター記入）	平成　　年　　月　　日　　： □学生証　□運転免許証　□その他

保健・健康推進本部長 殿

上記の事情により、平成　　年度の学生定期健康診断を指定された期間内に受診することができません。本健康診断を別途受診できますよう、特別の措置をお願いします。

指導教員・教務担当者

所属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※保健センターの設備等事情により、希望日時・場所・内容での健康診断の対応が出来ない場合があります。
書類提出と同時に実施を希望される方は、事前に受診希望地区の健康管理室へご連絡下さい。

健康管理室　本郷　℡ 03-5841-2579・2580
駒場　℡ 03-5454-6180
柏　℡ 04-7136-3040