神戸大学
インクルーシブキャンパス＆ヘルスケアセンター　保健管理部門

書類申込書

※健康診断証明書発行については、今年度、本学における学生定期健康診断を受検済みであること。

申し込み年月日	令和　　年　　月　　日
学籍番号　/　職員番号	
氏名	
住所	〒
連絡先（必ずつながる電話番号）	
発行希望枚数	枚
証明書の種類　（学生）	□　健康診断証明書 □　抗体登録証明書
（職員）	□　健康診断証明書 □　抗体検査結果
証明書利用目的	□　就職 □　実習 □　介護等体験 □　奨学金 □　留学 □　インターンシップ □　その他 （　　） □　（職員）配置転換等
提出先 （企業名・実習場所・部署名など） ※現時点でわかる範囲で記入ください	
受　付　（センター記入）	

学生証コピーはここに貼付