

診 断 書

(聴力用)

試験区分		氏 名	
受験番号		生年月日	平成 年 月 日生

[検査項目：聴力]

右 1000Hz → _____ dB 4000Hz → _____ dB

左 1000Hz → _____ dB 4000Hz → _____ dB

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 名

印

※ 上記太枠内は、受験者自身があらかじめもれなく記載してください。