

Hawaii Seminar Kokusai Gakuin

HEALTHCERTIFICATE

(健康診断)

NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____

Measles/MMR Immunization (はしかの予防接種)

(注) 以下の条件においてのみはしかの予防接種が免除されます。

(1) 過去にはしかの予防接種を受けた記録のある方。(母子手帳のコピー要・参加当日までに提出)

(2) 免疫性を証明する血液検査 *serologic evidence of immunity* の記録のある方。

First Dose: _____ **Second Dose:** _____

Month/Year

Month/Year

Date of Disease: _____ Date of Positive Serologic Test: _____

Name of Clinic/Hospital: _____

Address of Clinic/Hospital: _____

General Remarks on the Student's Health: _____

Signature of Physician: _____

Date

HEALTH CERTIFICATE REQUIREMENTS

(健康診断書)

プログラムに2週間以上参加する生徒は、健康診断を受け担当医に健康状態が良好であるという検査結果を下記に記入して頂いてください。(2週間以内の参加者は、不要)

Health Certificate Examination: _____

Examination Date: _____

Name of Clinic/Hospital: _____

Address of Clinic/Hospital: _____

General Remarks on the Student's Health: _____

Signature of Physician: _____

Date