

**Exchange Program Okayama (EPOK)**  
International Center, Administrative Office, Okayama University  
2-1-1, Tsushima-naka, Okayama, Japan 700-8530

## CERTIFICATE OF HEALTH

Applicant's Name: .....  
(Family 姓) (First 名) (Middle ミドルネーム)

Date of Birth: ..... Sex 性別:  male 男  female 女  
(Month 月) (Day 日) (Year 年)

Current Address 現住所: .....

To Physician: Please describe above person's present health status below.

医師へ：上記の者の現在の健康状態について下記に記述してください。

1. Physical or mental findings 心身所見

2. Please describe applicant's medical history, if any.

(e.g. hospitalization, major operation, physical disabilities)

志願者に既往歴があれば書いて下さい(例：入院歴、主な手術、身体障害)

3. Overall condition: Above taken together, is the general state of the applicant's health good enough for him/her to pursue the course of study for a year in Japan? Please check one.

総合所見：以上を総合して志願者が日本国において1年間の学業をするのに十分な健康状態であると考えられますか？一つ選んでチェックして下さい。

Excellent 非常に良い

Good, probably no serious problem 良好、まず問題ない

May require some medical care 時に医療を要するかもしれない

Do not recommend 留学を勧めない

Comments コメント

Signature of the physician 医師の署名

I hereby certify that above information is true and accurate to the best of my knowledge.

私が知りうる限りにおいて上記記載が真正であることを証明する。

Affiliation 所属: .....

Signature 署名: .....

Print name ブロック体の氏名: .....

Date 日付: .....