

平成21年11月20日

病院等の担当医師 様

新潟県人事委員会事務局長

健康診断の実施について（依頼）

新潟県職員採用選考考査に必要ですので、右健康診断書により健康診断を実施し、切り取り後密封（胸部疾患の認められる場合は、そのレントゲン写真とともに）し、本人に交付して下さるようお願いいたします。（総合所見は必ず記入願います。）


なお、検査に要する経費は本人から徴収してください。

担当：総務課任用係

電話：025-280-5538

健康診断書

新潟県人事委員会

職 種		氏 名		※
受験番号		生年月日		
身 長		視 力	右	(矯正)
体 重			左	(矯正)
血 圧				
尿中の糖・蛋白		聴 力		
胸 部 疾 患 の 既 往 症 ・ 現 症		胸 部 X 線 検 査 所 見	 直接・間接	
そ の 他 の 既 往 症 ・ 現 症	(消化器・循環器・感覚器・神経系・四肢運動・言語等) (自覚症状、他覚症状の有無も記入してください。)			
総 合 所 見 及 び 就 業 上 の 注 意 事 項				
上記のとおり診断する。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 病院等機関名 (所在地) (電話番号) 担当医師名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div>				

※印欄は、記入しないでください。
 ・「職種」、「受験番号」欄は、本人が記入すること。