

平成22年8月13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）

新潟県職員採用試験等に必要ですので、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	 <p>直接・間接</p>		
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					
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>病院等機関名 (所在地) (電話番号) 担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

※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。