

かかりつけ医による所見

※着色部は受験者が記入してください。

試験名	佐賀県警察職員	試験区分	研究員(法医)	受験番号	
ふりがな			生年月日	平成	年 月 日生
氏名				(検診日現在:満 歳)	

現在治療中の病名			
通院・リハビリ	月 ・ 週 回		
処方薬	薬名【	】	(日 回服用)
〃	薬名【	】	(日 回服用)
〃	薬名【	】	(日 回服用)
〃	薬名【	】	(日 回服用)
総合判断	☐ 就業上支障なし		
	☐ 要精密検査 項目: ☐ 就業不可 理由:		
就業上の 注意事項			
上記のとおり診断いたします。			
受診機関の名称及び所在地			
令和 年 月 日			
医 師 氏 名			

医療機関等医師 様	
かかりつけ病院での検査のお願い	
佐賀県警察官採用試験にあたり、当該受験者の持病について、かかりつけ医による所見が必要ですので、同紙に掲げる全項目について記載をお願いします。	
<u>同紙については、記名・押印及び貴院（所）の封筒に厳封の上、本人に交付願います。</u>	
ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。	
〔連絡先〕 〒840-8540 佐賀市松原1-1-16 佐賀県警察本部警務部人材育成課採用係 TEL 0952-24-1111	