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	航海士	受験番号	
ふりがな			生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生 （検診日現在：満　　歳）	
氏名					

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

佐賀県警察職員採用試験にあたり、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。

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。

ご不明な点があり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