

身 体 検 査 書

社会福祉法人 広島県福祉事業団

医師割印

※太線内は受験者が記入してください。

写 真	試験区分		受験番号		性別 男・女	
	氏 名		生年月日・年齢（検査日現在） 年 月 日生（ 歳）			
身長	c m	体 重	k g	胸 囲	c m	
視 力	右 . (矯正 .)	眼 疾	色 覚	聴 力		
	左 . (矯正 .)					
検 尿	蛋 白 ()	糖 ()	血 圧	最大	赤 沈	1時間値
	ウロビリノーゲン ()	潜血 ()		最小		2時間値
既往症	(病名・罹患年月・治療期間等)					
胸部 エックス線 直撮 撮影 写真	所見	総合所見 (就業上の注意等について記入してください。)				
平成 年 月 日						
所在地 検査機関名 医師氏名						
⑩						

※担当医師へのお願い

身体検査書に記載された本人であることを確認し、写真に割印をしてください。

身体検査実施のお願い

社会福祉法人 広島県福祉事業団

【検査機関へのお願い】

別紙の身体検査書を持参した者は、社会福祉法人広島県福祉事業団職員採用試験の受験者です。

身体検査書により、本人の身体検査を実施してください。

- ① 検査終了後は、検査書を密封のうえ本人に渡してください。
- ② 検査費用は、本人負担です。

【受験者へのお願い】

- ① この身体検査書を国公立病院(国公立大学附属病院を含む。)へ持参し、身体検査を受けてください。なお、検査費用は本人負担です。
- ② 検査を受ける前にあらかじめ写真を貼るとともに、受験者記入欄を記入しておいてください。
- ③ 身体検査書は、検査機関から渡された密封のままの状態で、試験当日に持参してください。
- ④ 検査機関によっては健康診断実施日が定められていたり、身体検査書ができるまでに日数を要するところがあるので注意してください。

【問い合わせ先】

〒739-0036

東広島市西条町田口295-3 障害者リハビリテーションセンター内

広島県福祉事業団事務局 担当 総務課 高田

TEL 082-425-1455