

〔受験者記載〕

身 体 検 査 書 ( 3 )

栃木県人事委員会  
栃木県警察本部

|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                   |             |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|
| 受験番号                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                   |             |          |
| 区 分                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 警察官〔大学卒業者〕<br><input type="checkbox"/> 警察官〔高校卒業者等〕<br><input type="checkbox"/> 警察官（特別区分） | フリガナ<br>氏 名 |          |
| 住 所                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                   | 生年月日        | 平成 年 月 日 |
| 1 あなたの現在の健康状態はどうですか。<br><input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 病弱<br><input type="checkbox"/> 病気ににかかっている<br>病名又は症状       : _____<br>発病した時期       :       年       月 |                                                                                                                   |             |          |
| 2 身体的に何か障害がありますか。（視力、聴力、言語、手足の動作等についての障害又は異常の有無）<br><input type="checkbox"/> ある            あれば具体的に記入のこと: _____<br><input type="checkbox"/> ない                                                                |                                                                                                                   |             |          |
| 3 今までに入院したり、半月以上病気をしたことがありますか。あれば下の欄に病名、その他を全て記入してください。<br><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない                                                                                           |                                                                                                                   |             |          |
| 区 分                                                                                                                                                                                                          | 1                                                                                                                 | 2           | 3        |
| 病 名 ま た は 症 状                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |             |          |
| 入 院 ま た は 治 療<br>し た 医 療 機 関                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                   |             |          |
| 病 気 を し た 時 期                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |             |          |
| 病 気 を し た 期 間                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |             |          |
| 4 その他                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   |             |          |
| 上記事項は事実と相違ありません。<br>令和       年       月       日<br><div style="text-align: right;">氏 名（自署）</div>                                                                                                              |                                                                                                                   |             |          |

（注）この表は受験者が正確に記入し、□の中には該当する場合レ印を入れること。