

[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〕 <input type="checkbox"/> 警察官 (SPI区分〔大学卒業者〕) <input type="checkbox"/> 警察官〔高校卒業者等〕 <input type="checkbox"/> 警察官 (SPI区分〔高校卒業者等〕) <input type="checkbox"/> 警察官 (特別区分)	フリガナ 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か。 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気にかかっている 病名又は症状 : _____ 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) <input type="checkbox"/> ある あれば具体的に記入のこと : _____ <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。 <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。 令和 年 月 日 氏名(自署)			

(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。