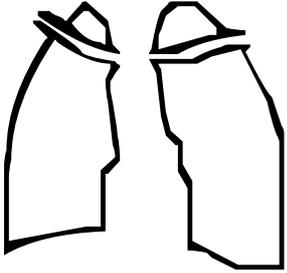


大阪府公立学校教職員新規採用予定者健康診断受診票(自己負担)

ふりがな ※氏名		※生年月日 (年令)	年 月 日(満 才)	写 真 (3cm × 4cm)
※採用予定学校名	()府・市・町・村 立 ()小・中・高・盲・聾・養護学校			
※採用予定職種	講師、養護助教諭、臨時講師、非常勤講師、その他 ()			
受診項目	胸部X線検査		血 圧	
			尿	
			問診及び聴打診 (循環器・消化器) 所見	

総合判定

- ① 異常なし ()
- ② 要精密検査 () 精密検査項目 ()
- ③ 要再審査 () 再審査項目 ()

[注 ()には、○印又は精密検査項目、要審査項目を記入してください。]

上記のとおり診断する 平成 年 月 日

医療機関名

医師名



【備考】

- ・この用紙は、大阪府公立学校新規任用予定者が採用のため実施する健康診断を受診する場合に使用する。
- ・※欄については、受診時までに本人が記入すること。

[問い合わせ先]

大阪府教育委員会事務局 教職員人事課 府立学校人事グループ
小中学校人事グループ

(代表)06-6941-0351

(内線)3444

〃

(内線)3446