

(様式3)
〔医師記載〕

色 覚 検 査 書

栃 木 県

職 種	看 護 師	受 験 番 号	※	ふ り が な 氏 名		
住 所				生 年 月 日	昭 和 平 成 年 月 日	男 女
色 覚	正 常 ・ 異 常 () 【 特 記 事 項 】					
上 記 の と お り 診 断 し ま す。 平成 年 月 日 医療機関所在地 医 療 機 関 名 医 師 氏 名 印						

- (注) ・ 太線内は受験者が記入してください。(※欄の記入は不要)
・ 提出日以前3か月以内に受診したものが有効となります。
・ この検査は、業務との関連性があるために実施するものです。
・ 色覚検査表またはパネルD-15による検査を実施してください。