色　覚　検　査　書

試験名　鑑定業務に従事する職（物理）

住所

氏名

生年月日　平成　　年　　月　　日生（　　歳）

○　色覚の異常　　無　・　有

【特記事項】

上記のとおり検査しました。

令和　　年　　月　　日

所在地
医療機関名
診療科名
医師名

【受験者への注意事項】

あらかじめ本人記入欄（太線部分）を各自で記入してください。

石原式検査で色覚検査が可能であれば、医療機関の種別は問いません。

【医療機関の方へ】

本書持参者は、岐阜県警察職員採用選考試験の受験者です。

色覚検査を石原式検査で実施し、異常の有無を記載してください。

【問合せ先】

岐阜市薮田南二丁目１番１号

岐阜県警察本部警務部警務課人事第一係　　℡ 058-272-3140