

大阪府公立学校教職員新規採用予定者健康診断受診票（公費負担）

合格者説明会
出席日を記入

受験番号を記入

氏名を記入

No. X X X X X X

発行年月日	年 月 日	氏 名	浪速 いずみ
採用予定学校名 ()	府・市・町・村 立 ()	小・中・高・視覚支援・ 聴覚支援・支援 学校	
採用予定職種	正規教職員・講師・産休臨時講師・育児休業任期付講師・その他 ()		

切り取り線

大阪府公立学校教職員新規採用予定者健康診断受診票（公費負担）

通知書記載の2.健康診断の日付を記入

受験番号を記入

氏名を記入

No. X X X X X X

健診年月日	年 月 日	氏 名	浪速 いずみ
採用予定学校名 ()	府・市・町・村 立 ()	小・中・高・視覚支援・ 聴覚支援・支援 学校	
採用予定職種	正規教職員・講師・産休臨時講師・育児休業任期付講師・その他 ()		

切り取り線

(受診者交付⇒学校保管用)

大阪府公立学校教職員新規採用予定者健康診断受診票（公費負担）

写真を貼付してください
(写真の裏側に受験番号と
氏名を記入)

氏名、生年月日を記入

受験番号を記入

No. X X X X X X

写真 (3 cm × 4 cm)	氏 名	浪速 いずみ	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	採用予定学校名 ()	府・市・町・村 立 ()	小・中・高・視覚支援・ 聴覚支援・支援 学校	
	採用予定職種	正規教職員・講師・産休臨時講師・育児休業任期付講師・その他 ()		
	受診項目	胸部X線検査、血圧検査、尿検査、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 ()

上記のとおり診断する 年 月 日

医師