

(様式3)  
〔医師記載〕

## 色覚検査書

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。 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。