

회화지도(E-2) 자격자용 / 선원취업(E-10)자용

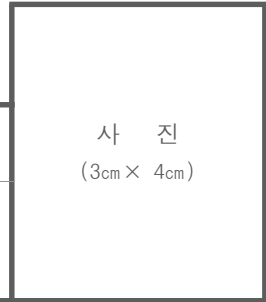
채용신체검사의료기관지정 번호 :

채용신체검사서

제

호

성명 Name		생년월일 Date of Birth	
근무처 Employment Place		전화번호 Phone Number	



검 사 내 용

신	장	cm	체	중	kg
흉	위	cm	혈	압	
(교정)시력	좌 : ()	색 신 (색 각)		(교정)청력	좌 : ()
	우 : ()				우 : ()
안	질	환	이	비	인
치	아		호	흡	기
간	질	환	신	경	질
소	화	기	피	부	질
순	환	기	정	신	질
비	뇨	기	혈	청	검
흉	부	X선	기	타	(HIV 검사)

마 약 검 사

필로폰		코카인		아편		대마		기타	
-----	--	-----	--	----	--	----	--	----	--

위와 같이 검사하였습니다.

년 월 일

검사자(담당의사)

(인)

검 사 결 과	<input type="checkbox"/> 합 격 <input type="checkbox"/> 불 합 격 <input type="checkbox"/> 판 정 보 류	불합격 또는	
합 격 여 부		합격 사유	
판정보류 사유 및 정밀검사 필요 여부	* 필요시 소견서 별도 첨부		

「공무원 채용신체검사 규정」에 따라 위와 같이 판정하였음을 증명합니다.

년 월 일

의료기관의 장

(인)

※ 선원취업자(E-10)의 경우 종래 취업교육 시 건강검진 외에 추가되는 마약검사를 동시 진행 시 상기 양식 사용 가능