

회화지도(E-2) 자격자용 / 선원취업(E-10)자용

채용신체검사의료기관지정 번호 :

## 채 용 신 체 검 사 서

제 호

성 명 Name		생년월일 Date of Birth		사 진 (3cm × 4cm)
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	후
치	아			호	흡	기	질
간	질	환		신	경	질	환
소	화	기	질	환	피	부	질
순	환	기	질	환	정	신	질
비	뇨	기	질	환	혈	청	검
흉	부	X	선	검	사	기	타
				기	타	(HIV	검
				사			

### 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