

診 断 書

(色覚用)

試験区分		フリガナ氏名	
受験番号		生年月日	平成 年 月 日生

[検査項目：色覚検査]

☐ P A S S

☐ N o e r r o r s
☐ M i n o r e r r o r s
☐ O n e e r r o r

☐ F A I L

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 名

印

※1 太枠内は受験者本人があらかじめ記載してください。

※2 検査結果用紙(検査結果数値等が記載されたもの)を添付してください。