

主治医様

令和 年 月 日

高知県立中村高等学校
校長 浦田 賀洋

診断結果連絡記入のお願い

この度は、本校生徒がお世話になっています。
本校では、病気・怪我等で教育活動に参加できない場合は、医療機関の診断結果を提出しなければならない場合があります。
お手数をおかけいたしますが、貴院を受診しました該当生徒の、診断結果を記入していただきますよう、お願いいたします。
なお、記入についてご不明な点があれば、本校養護教諭にお問合せください。

問合せ先 高知県立中村高等学校
TEL 0880-34-2141

----- 切り取り線 -----

診断結果連絡票

高知県立中村高等学校

年 H 氏名

上記生徒の診断結果は、次のとおりです。

| |
|---------|
| 診断名 [] |
| ----- |
| ----- |
| ----- |
| ----- |
| ----- |

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印