

令和 年 月 日

高知県立嶺北高等学校長 様

病院受診の同行について

病院受診時、個人情報の取り扱いに注意することを約束されたうえで、教職員の同行について承諾いたします。

また、教職員が病院に同行しない場合等においても、必要に応じて、教職員が病院・医師の指導を受けることを承諾いたします。

年 ホーム 番

生徒氏名：

保護者氏名：

印