

茨城県立石下紫峰高等学校長 殿

受診報告書

〈生徒名〉 茨城県立石下紫峰高校

____年 ____組 ____番 氏名 _____

〈症 状〉 _____

診察・診断を受けた病院及び受診日

〈病院名〉 _____

〈住 所〉 _____

〈電話番号〉 _____

〈受診日〉 平成 ____年 ____月 ____日

上記の医療機関で受診し、診断を受けましたので報告します。

〈日 付〉 平成 ____年 ____月 ____日

〈保護者名〉 _____印

〈 学校記入欄 〉

受診を証明する添付資料（①患者名，②日付，③病院名 が判るもの）

☐ 処方箋

☐ その他（ _____ ）

上記資料において受診報告内容を確認しました。

平成 ____年 ____月 ____日 担任 _____ 印