

福島成蹊中学校・高等学校長 宛

## 定期検査中の受診連絡

年 組

生徒名

生年月日 平成 年 月 日 生

病 名

の治療のために、受診したことを連絡いたします。

令和 年 月 日

医療機関(医師)名 印またはサイン