

平成 年 月 日

石見智翠館高等学校長様

診 断 結 果 の 連 絡

氏 名

(中学校名 )

病 名

所 見

期 間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

平成 年 月 日

医療機関名

印

お手数をおかけいたしますが、ご記入いただきますようお願いいたします。