

令和 年 月 日

石見智翠館高等学校長 様

診 断 結 果 の 連 絡

年 組 氏 名

病 名

所 見

期 間 令和 年 月 日 ~ 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

印

お手数をおかけしますが、ご記入いただきますようよろしくお願いいたします。