

令和 年 月 日

主治医様

熊本県立第二高等学校

お 願 い

下記の生徒について、本校の定期考査の欠查理由の確認のため、たいへんお手数をおかけいたしますが、下記事項にご記入いただきますようお願い申し上げます。

記

_____年 _____組 _____号

氏 名 _____

受診報告書

受診日（または受診期間） _____月 _____日

（自 _____月 _____日 至 _____月 _____日）

病名（または病状） _____

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名 _____ 印