

受診報告書

熊本マリスト学園中学校・高等学校

校長 光永幸生 様

中学／高校 _____ 年 _____ 組 _____ 号 氏名 _____

医療機関名	
病名	
受診日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
療養期間	_____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日まで

上記の通り報告いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ 印

提出時に、受診時の「領収書」・「投薬説明書」のコピーを裏面に添付してください。

保護者の方へ：領収書のコピーを添付してください。

保護者の方へ：投薬説明書のコピーを添付してください。