

(様式コ3)

医療機関受診報告書

令和 年 月 日

福岡県立

高等学校長 殿

本人氏名

(受検番号 _____)

保護者氏名

印

志願者氏名 _____ は、令和 年 月 日に下記症状が発生したため、令和 年 月 日に医療機関を受診しましたので申し出ます。

- 1 具体的な症状
- 2 受診した医療機関名
- 3 PCR検査の実施日及び結果
- 4 受検の可否に関する医師の見解

上記について、確認しました。

令和 年 月 日

学校長 印