（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 |
|  |