（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 |
|  |