

受診報告書

熊本マリスト学園中学校・高等学校

校長 松山秀峰様

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。

西暦 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。

領収書のコピーを添付してください。

投薬説明書のコピーを添付してください。