

受診・治療報告書

島根県立益田高等学校長 様

年 組
氏名

医師の指示を受けて治療に努めた結果、全治しましたので報告します。

(1) 病 名

(2) 医療機関名

(3) 療養期間

自 平成 年 月 日
至 平成 年 月 日

平成 年 月 日

保護者氏名

印

※医療機関で証明していただく必要はありません。受診したことを証明できるもの(領収書のコピー)を添付してください。