

福島成蹊中学校・高等学校長 宛

## 受診の連絡

生徒名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 年 月 日生

病名 \_\_\_\_\_

の治療のために、受診したことを連絡  
いたします。

令和 年 月 日

医療機関（医師）名