

〈他校受診用〉

別紙

令和 年 月 日

F A X 送 付 案 内 (本部・東予用)

お送りした枚数は、本状を含めて 枚です。

発 信 元	
TEL () -	
学校	
ご担当者さま	様



受 信
〒 790-0814 松山市味酒町1丁目10-5 (公財) 愛媛県総合保健協会 TEL 089-987-8205 FAX 089-987-8255
巡回健診課

未受診児童の他校受診は、Faxにてご連絡をお願いいたします。

受診希望日	月 日
-------	-----

受診学校名	
-------	--

受 診 項 目 (○をして下さい)	受診人数	備考
小児 ・ 心電図 ・ モアレ	名	
小児 ・ 心電図 ・ モアレ	名	
小児 ・ 心電図 ・ モアレ	名	

ご来所時には、健診当日にお渡しした半券を必ず一緒にお持ち下さい。

転入生 有・無

転入生が『有』の場合、下記をご記載ください

ふりがな 氏 名	学 年	組	出席番号	性別	受 診 項 目 (○をして下さい)
					小児 ・ 心電図 ・ モアレ
					小児 ・ 心電図 ・ モアレ
					小児 ・ 心電図 ・ モアレ
					小児 ・ 心電図 ・ モアレ
					小児 ・ 心電図 ・ モアレ