○○　〇〇　〇〇

श्री दोस्रो वर्गको अभिभावकलाई

○○○○

○○○○

रक्तअल्पता निरीक्षण गर्नु बारेमा

यौवनउमेरमा शरीर भित्रको फलाम कम हुनछ। किनभने शरीर छिटो बढ्छ। त्यसैले रक्ताल्पता हुन्छ । त्यसकारण रक्तअल्पता निरीक्षण गर्छु।

त्यसकारण 〇〇〇〇〇〇 सम्म प्रभारी शिक्षकलाई कृपया बुझाउनुहोस् ।

अनि परीक्षण नतीजामा तपाईंलाई पछि मितिमा भन्नछु ।

१　मिति र समय　　　　○○　○○　〇：〇〇～〇：〇〇

२ निरीक्षण स्थान　　　○○○○○○

३　निरीक्षण एजेन्सी　　 ○○○○○○

४ परीक्षण लागत　　　सित्तै（सार्वजनिक खर्च बोझ）

५　अन्य 　　　एनीमिया परीक्षण रक्त संग्रह गर्नु पर्ने

काट्नो लाइन

貧血検査同意書

रक्ताल्पता परीक्षण सहमति फारम

令和　　年　　月　　日

वर्ष/महिना/दिन

**１　貧血検査に （　同意します　 ・　　同意しません　）**

**रक्ताल्पता परीक्षण सहमत असहमत**

学年・組・番号　　　２　年　　　　組　　　　番

स्कूल वर्ष・ कक्षा・संख्या

生徒名

विद्यार्थीको नाम

受診番号

保護者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （印）

अभिभावकको नाम सही