事務連絡

令和　　年　　月　　日

結核精密検査を受診される児童生徒の保護者 様

○○市教育委員会 学務課長

結核精密検査無料受診券の送付について(通知)

○○市教育行政につきましては、平素よりご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記のことについて、「精密検査無料受診券」( 3枚複写)を送付いたします。精密検査を受けるにあたりまして、下記の注意事項をご確認の上、受診していただきますようお願い申し上げます。

記

1　受診医療機関

○○病院　（電話番号：　　　　　　　　　）

○○病院　（電話番号：　　　　　　　　　）

○○病院　（電話番号：　　　　　　　　　）

○○病院　（電話番号：　　　　　　　　　）

２　精密検査を受診するにあたっての注意

①健康保険証・母子健康手帳を持参してください。

②精密検査無料受診券の有効期限は発行の日から1か月以内です。

※期限が切れてしまった場合は、学校にご相談ください。

③受診する前に医療機関に電話等で連絡を入れてください。

④ **必ず上記の療機関で 診してください それ外の医療機関で受診した場合、受診料がかかります。**

⑤検査を受診されましたら、医療機関より『精密検査無料受診券』の控えを受け取り、学校に提出してください。