令和 年 月 日

保護者 様

○○学校長＿＿＿＿＿＿＿＿

眼科欠席者検診（もれ者検診）についてのお知らせ

お子様は、 月 日（ ）の眼科検診日に欠席されたため、本年度の眼科検診が受けられませんでした。もれ者検診を希望される場合は、眼科校医である＿＿＿＿先生のご厚意により、 ＿＿＿＿眼科で受診できますのでお知らせいたします。 もれ者検診日は、「きりとりせん」以下に記載されている中から、保護者の方の ご都合で選んで受けていただきます。可能な日時にすべて○をつけてください。 また、もれ者検診を希望されない場合も、希望しない欄に○をつけ、提出していた だきますよう、お願いいたします。

**提出しめきり： 月 日（ ）**

＿＿＿＿＿眼科（学校眼科医）

○○市

１ 保護者引率となります。受付の方に、もれ者検診の旨を伝えてください。もれ者検診の費用は無料となります。

２ もれ者検診後、精密検査が必要で、引き続き＿＿＿＿＿眼科で診察を希望する場合は、 別途で医療費がかかります。保険証及び医療福祉費受給者証（マル福）をお持ち になってください。

【 問い合わせ先 】〇〇小学校 養護教諭　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ

―――――――――――――――――――――　Cut　Line　――――――――――――――――――――――

眼科欠席者検診（もれ者検診）の希望について

＿＿年 ＿＿組 児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**（ ）希望しない （ ）希望する**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　↓

※可能な日時にすべて○をつけてください。校医先生と日程調整をします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | １６：００ | １６：３０ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

正式に日時が決まりましたら、再度ご連絡いたします。