令和 年 月 日

保護者 様

○○学校長＿＿＿＿＿＿＿＿

内科欠席者検診（もれ者検診）についてのお知らせ

 お子様は、 月 日（ ）の内科検診日に欠席されたため、本年度の内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、内科校医である＿＿＿＿先生のご厚意により、 ＿＿＿＿医院で受診できますのでお知らせいたします。 もれ者検診について希望を取りますので、「きりとりせん」以下に記載されている項目のどちらかに○をつけてください。

**提出しめきり： 月 日（ ）**

＿＿＿＿＿医院（学校医） （〇、〇、〇休診）

○○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（心電図検査等）が必要で、引き続き 医院で診察 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 】〇〇学校 養護教諭　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ

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

内科欠席者検診（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**

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　↓

正式に日時が決まりましたら、再度ご連絡いたします。