《参考様式》令和６年度長崎県公立高等学校入学者選抜追検査用

|  |
| --- |
| 診　断　書 |
| 年　月　日 |
| １．住　所 |
| ２．氏　名 |
| ３．生年月日  　　　　　年　　月　　日 |
| ４．病　名      上記の通り診断いたします。 |
| ５．診察日  　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| ６．病院の所在地 |
| ７．病院名 |
| ８．医師名  　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |