《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 |