（参考様式）令和８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 |