年　　月　　日

保護者各位

●●市立●●●中学校

健康診断の日程について

日頃より本校の教育活動にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

下記のとおり、生徒の健康診断が計画されています。ご準備くださいますようお願いいたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 検査内容 | 対象学年 | 備考 |
| 月　 日（　） |  | 年 |  |
| 月　 日（　） |  | 年 |  |
| 月　 日（　） |  | 年 |  |
| 月 　日（　） |  | 年 |  |
| 月　 日（　） |  | 年 |  |
| 月 　日（　） |  | 年 |  |
| 月 　日（　） |  | 年 |  |
| 月　 日（　） |  | 年 |  |
| 月 　日（　） |  | 年 |  |
| 月 　日（　） |  | 年 |  |
| 月　 日（　） |  | 年 |  |
| 月　 日（　） |  | 年 |  |

以上

※検査の結果、専門医の受診を勧められた場合、早めに医療機関を受診してください。