

F A X 送 付 書 (他校受診依頼用)

お送りした枚数は、本状を含めて 枚です。

発 信 元	
TEL () -	
学校名	
氏名	様



受 信 先	
〒 792-0008 新居浜市田の上1丁目1-3 (公財) 愛媛県総合保健協会 東予支所 TEL 0897-66-9111 FAX 0897-66-9120	
木曾 千春	

未受診児童の他校受診は、FAXにてご連絡をお願いいたします。

受診希望日	月 日
-------	-----

受診学校名	
-------	--

受診の際には、健診当日にお渡しした半券を必ず一緒にお持ち下さい。

ふりがな 氏 名	転入生	学年	組	出席番号	性別	受 診 項 目
						心電図
						心電図
						心電図
						心電図
						心電図
						心電図
						心電図
						心電図
						心電図
						心電図

※転入生の場合は「O」をしてください。