

《参考様式》平成31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