《参考様式》令和３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 上記のとおり診断いたします。
５．診察日 年　　月　　日
６．病院の所在地
７．病院名
８．医師名　　印