

胸部レントゲン受診票

受診日 年 月 日

撮影番号 _____

所属学校名	京都府立	高等学校 支援学校 学校	_____ 学舎・分校 附属中学校 (北・南 キャンパス)
	定時制 ・ 通信制		
会場名	※所属学校以外の会場で検査を受ける場合のみ記入して下さい。		
	京都府立	高等学校 支援学校 学校	_____ 学舎・分校 附属中学校 (北・南 キャンパス)
どちらかに○を付けて下さい	生徒	・	職員
学年・組 出席番号 (生徒のみ)	年	組	番
フリガナ 氏名			
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日
性別	男 ・ 女	年齢	歳

胸部レントゲン受診票

受診日 年 月 日

撮影番号 _____

所属学校名	京都府立	高等学校 支援学校 学校	_____ 学舎・分校 附属中学校 (北・南 キャンパス)
	定時制 ・ 通信制		
会場名	※所属学校以外の会場で検査を受ける場合のみ記入して下さい。		
	京都府立	高等学校 支援学校 学校	_____ 学舎・分校 附属中学校 (北・南 キャンパス)
どちらかに○を付けて下さい	生徒	・	職員
学年・組 出席番号 (生徒のみ)	年	組	番
フリガナ 氏名			
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日
性別	男 ・ 女	年齢	歳