書式3-4

（四次精密用）

**紹介状**

鳥取県立厚生病院　担当医　様

　　　　下記の児童生徒は、三次検診で、疾病異常が疑われましたので、

四次精密をお願い致します。

記

 １　学校名

 ２　氏　名

 ３　学　年　　　　　　　年　　　　　組

令和　　　年　　　月　　　日

 鳥取県中部学校保健会 会長

（　公　印　省　略　）