

平成 年 月 日

宗像地区急患センター管理者 様

学校名
所在地
電話番号
学校長

年生 宿泊学習中の発病と診療について（依頼）

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は、本校教育の進展に格別のご配慮をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、この度本校では研修旅行中の日程中、下記日時の御地に滞在することになりました。つきましては、滞在中の児童（生徒）の緊急時の診察に、貴センターの特段の配慮を頂きますようお願い致します。なお、診察には健康保健証のコピーを持参しますので、対応方よろしく申し上げます。

記

◆ 滞在期間

自 平成 年 月 日（ ） 時 分到着予定

至 平成 年 月 日（ ） 時 分出発予定

◆ 宿泊施設

施設名
住 所
電話番号

◆ 学年・児童（生徒）数

◆ 引率責任者

※宗像地区急患センター 〒811-3431 福岡県宗像市田熊五丁目5番5号
TEL 0940-36-1199 FAX 0940-36-1929
平日6時～9時及び土曜日6時～17時は電話対応不可