

(公印省略)
令和5年 4月 18日

保 護 者 様

太田市教育委員会
教育長 恩田 由之
(学校教育課)

貧血検査の実施について

児童生徒健康管理対策事業実施要綱に基づき、中学校2年生男女を対象に貧血検査を実施しますので申込書に記入のうえ 4月24日までに学級担任まで提出して下さい。

なお、貧血検査については学校医が必要と認めた他学年の生徒についても希望により実施いたします。

記

1 検査の内容

採血により白血球数(WBC)・赤血球(RBC)・血色素測定(Hb)
・ヘマトクリット値(Ht)を検査する。

2 検査結果に基づき学校医と相談し、学校より事後指導を行う。

きりとり

貧血検査申込書

学 校 名	太田市立木崎中学校
学 年 , 組 , 番 号	<u>2 年 組 番</u>
生 徒 氏 名	<u></u>

上記の者は検査を

- ・ 申し込みます。
- ・ 申し込みません。(どちらかに○を付けてください)

令和5年 月 日

保護者氏名 印

太田市教育委員会教育長 様

※ この申込書は、検査を希望しない場合でも必ず学級担任へ提出してください。