

平成24年4月6日

6年保護者各位

寒河江市立南部小学校
校長 菊地 宏哉

貧血検査の実施について

日ごろより、本校の保健活動についてご理解とご協力を賜り、感謝申し上げます。

さて、児童の身体の異常を早期に発見し、健康な学校生活を送ることができるよう、下記により貧血検査を実施いたします。この貧血検査は学校保健安全法の検査項目には含まれていないため、保護者の同意を得たうえで実施したいと思います。(貧血検査は、西村山地区全体で行っているものです)

つきましては、下記の同意書に記入押印のうえ、4月10日(火)までご提出ください。

記

- | | |
|---------|-------------------|
| 1. 日時 | 5月29日(火) 午前9時00分～ |
| 2. 場所 | 南部小学校 保健室 |
| 3. 対象者 | 6年生 |
| 4. 検査機関 | 成人病検査センター |
| 5. 費用 | 無料(市負担) |

きりとりせん

同意書

どちらかに○をつけてください。

- ・ 貧血検査に同意します。
- ・ 貧血検査に同意しません。

児童氏名 6年組番

保護者氏名 _____ 印