

年 月 日  
ano mês dia

保護者 様  
Senhores Pais ou Responsáveis

\_\_\_\_\_ 学校 校長 \_\_\_\_\_  
Nome da Escola Diretor

就学時健康診断のお知らせ

**Comunicado sobre Exames Médicos para os Alunos com Previsão de  
Entrada no Shogakko**

就学時健康診断を下記のとおり実施いたします。入学予定のお子様とご一緒にお越しください。  
やむを得ず欠席する場合は、学校へ連絡してください。

Realizaremos exames médicos como segue.

Favor comparecer à escola com seu filho .

Se for faltar, avise a escola.

記

1. 日 時 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ( ) \_\_\_\_\_時\_\_\_\_分~\_\_\_\_時\_\_\_\_分  
Data e horário: \_\_\_\_\_ano mês dia ( ) \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_hs.~ \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_hs.
2. 場 所 小学校 体育館  
Local: Ginásio de esportes da escola
3. 連絡先 \_\_\_\_\_小学校 TEL ( )  
Contato: Nome da Escola