臺南市_____學年度國民中小學健康檢查清寒或無力就醫學生名單

校名:

編號	姓名	性別	班級	備註

製表: 主任: 校長:

說明:

1. 本表填具核章後，請送承辦醫院乙份，學校留存乙份，以便核對。
2. 清寒或無力就醫學生名單，應確實檢核相關證明文件後使得造冊。
3. 本表不敷使用時，請自行複製。