（様式２）

受診報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 競　技　名 |  |
| 学 校 名チーム名 |  |
| 受　診　者 | 氏　名 |  | 男 ・ 女（　　歳） |
| 学　年 | 年 |
| 保護者氏名 |  |
| 保護者連絡先 | ☏ |
| 症状発生年月日 | 令和　　年　　月　　日(　)　午前・午後　　時　　分頃 |
| 主な症状 |  |
| 病　院　名 |  |
| 診断の結果 | １　（　　　　　　　　　）と診断されました。２　（　　　　　　　　　）の疑いがあると診断されました。３　（　　　　　　　　　）の感染はありませんでした。４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他、医師からの所見など |  |
| 記載責任者 | 氏　名 |  |
| 連絡先 | ☏ |

※　大会期間中に受診した場合は、 受診後、必ず、県中体連までご提出ください。

（メールまたはＦＡＸ）

【メール】kag-tyutai@po.minc.ne.jp

　　【ＦＡＸ】０９９－２６８－４８２２