（様式１）

受　診　依　頼　書

令和　９　年　　月　　日

医療機関

様

第47回全国中学校スケート大会
長野市実行委員会 会長　塩﨑　正昭

下記の者に対する診療をお願いします。

記

受付時間		令和９年　月　日（　）　午前・午後　時　分 頃		
傷病者	ふりがな 氏　名	（　歳）　男・女		
	住　所	TEL（　）　－		
	競技種目		参加区分	選手・監督、役員、その他
	診療科目		保険証所持の有無	有　・　無
宿 舎 名			連絡 電話番号	
症状や訴え				
記入者氏名				

※ 受診依頼書は必要事項を記入後、必ず控え（コピー）をとり、会場本部に提出してください。
※ 受診依頼書は事前に医療機関へＦＡＸで送信しておいてください。