

受診依頼書

令和 2 年 月 日

医療機関

様

第40回全国中学校スケート大会
長野市実行委員会 会長 大日方



下記の者に対する診療をお願いします。

記

受付時間	令和 2 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。