

年 月 日

## 診断書

選手名	
診察日時	
診察部位/病名	
診察結果	
必要な治療	
プレー停止期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで

診察の結果、上記記載内容に間違いありません。

医療機関名

医師のサイン

証明書発行日時

連絡先メール