

傷病等報告書

【* 受付番号 】

学校名					所在地					
部名					顧問名					
傷病生徒名	氏名		学年	性別	保護者等 (受給者)	住 〒				
	年月日生才			男 女		所 氏名		TEL		
大会名	1) 都高体連春季・夏季大会 2) 東京都高等学校総合体育大会 3) 都高体連新人大会 4) 都高体連秋季大会 5) 上記1, 2, 3, 4の地区大会又は予 6) 関東高等学校体育大会					7) 全国高等学校総合体育大会 8) 全国高等学校選抜大会 9) 上記6, 7, 8の予選会 10) 都高体連行事予定に組まれた登山 11) その他承認された大会				
傷病発生 の 状況	日	令和 年 月 日 (曜)				時	分	相手 及び 所属		
	時 場 所									
傷病発生時の状況 (具体的に)										
傷病発生に対してとった措置状況										
心身 の 状況	平常 時					傷 病 時				
治療 状況	手術施行	月 日 ()		入院期間		月 日 () ~ ()				
	退院後の処置									
上記のことは、事実と相違いないことを証明します。										
令和 年 月 日										
部 名										
部 長 名										
印										

(注) * 印は記入しないこと