

傷病等報告書

【※受付番号

】

学校名					所在地	〒 TEL					
傷病生徒氏名			学年	性別	保護者等 (受給者)	住所	〒 TEL				
	年 月 日生		才			氏名					
大会名	1) 都高体連春季・夏季大会 5) 上記1, 2, 3, 4の地区又は予選会 9) 上記6, 7, 8の予選会 2) 東京都高等学校総合体育大会 6) 関東高等学校体育大会 10) 都高体連行事予定に組まれた登山講習会 3) 都高体連新人大会 7) 全国高等学校総合体育大会 11) その他承認された大会 4) 都高体連秋季大会 8) 全国高等学校選抜大会										
傷病発生の状況	日時	平成 年 月 日 (曜) 時 分				相手及所属					
	場所										
傷病発生の状況 (具体的に)											
傷病発生に対してとった処置状況											
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 () ~ 月 日 ()					
退院後の処置											
上記のことは、事実と相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 部 名 部長名 印 </div>											
※決定額					※振込 送金日	平成 年 月 日				会長印	