様式2

受 診 報 告 書

競 技 名	陸上競技	
受 診 者 **保 護 者 名** （　　）	氏名	男・女 （　　歳）
	自宅住所	〒 電話　　－　　－
	学校 （地域スポーツ団体）・学年	年
	学校 （地域スポーツ団体） 住所	〒 電話　　－　　－
症状発生年月日	令和 7 年 8 月　　日（　　）午前・午後　　時　　分頃	
主 な 症 状		
病 院 名		
診断の結果	1、　　と診断されました。 2、　　の疑いがあると診断されました。 3、　　の感染はありませんでした。 4その他（　　）	
その他、医師からの所見など		
記 載 者	監督 ・ 外部指導員（〇で囲む） ・ その他（　　）	
	氏名	男・女
	所属	
	自宅住所	〒 電話　　－　　－

※ 住所は、都道府県名から記入してください。