（様式②）

病 院 受 診 報 告 書

平成28年度全国中学校体育大会　第54回全国中学校スキー大会

報告日　平成 29 年　　月　　日（　）

都道府県名		
生徒氏名	氏　名	男 ・ 女（　　才）
＊生徒の場合 保護者名 （　　）	学校（学年）	（　　年）
	学校住所	〒 （電話　　－　　－　　）
症状発生年月日	平成 29 年　月　　日（　）　午前 ・ 午後　　時　分頃	
主な症状		
受診病院名		
診断結果	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（	
医師からの指示事項等		
記載者	氏名	
	役職	
	宿泊場所	
	緊急連絡先	

送付先：FAX番号　0233－32－0154（最上地区会場　アルペン・クロスカントリー）
0238－22－3735（米沢会場　ジャンプ・コンバインド）
全国中学校スキー大会事務局　宛