

健康診断書

選手氏名	殿	男・女	
現住所			
生年月日	昭和・平成	年 月 日生	
身長	・ cm	体重	・ kg
血圧	/		
その他一般身体初見			
(以下は任意です)			
既往歴および既往障害	HBs 抗原 (+ -)		
なし・あり	HCV 抗体 (+ -)		
	HIV 抗体 (+ -)		
()			
上記の通り診断致します。			
医療機関	所在地		
名称			
作成日	平成	年	月 日
			医師氏名
印			

INTERNATIONAL KARATE ORGANIZATION HONBU

国際空手道連盟極真会館

本診断書は、国際空手道連盟 極真会館が主催する大会に出場するために必要な書類です。

上記の選手が空手の試合に出場できる体力を有し、正常な心肺機能、精神状態であるか否かを証明いただきたく
お願い申し上げます。なお、胸部レントゲン及び心電図所見等は、常に必要ではありません。

差し支えなければ、本書式を利用いただければ幸いです。

診断書に関するお問い合わせは

「045(439)5020」国際空手道連盟 極真会館 医事委員会まで。