

健康診断書

選手氏名:	殿	男	・	女		
現住所:						
生年月日	西暦	年	月	日生		
身長	・	cm	体重	・	kg	
血圧	/					
その他一般身体所見						
既往歴および既往障害						
なし ・ あり						
()						
上記の通り診断致します。						
医療機関						
所在地 :						
名称 :						
(作成日)	西暦	年	月	日	医師氏名:	印

INTERNATIONAL KARATE ORGANIZATION KYOKUSHINKAIKAN
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為に必要な書類です。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、本書式をご利用戴ければ幸いです。

診断書に関するお問い合わせは

TEL045-439-5020 国際空手道連盟極真会館医事委員会まで