

傷病等報告書

【* 受付番号 _____】

学 校 名 部 名			所 在 地	〒 _____ TEL _____	
傷 病 氏 生 徒 名			学 年	性 別	保 護 者 等 (受給者)
				男	住 〒 所 TEL
	年 月 日生 才			女	氏 名
大 会 名	1) 都高体連春季・夏季大会 2) 東京都高等学校総合体育大会 3) 都高体連新人大会 4) 都高体連秋季大会 5) 上記1, 2, 3, 4の地区大会又は予 6) 関東高等学校体育大会 7) 全国高等学校総合体育大会 8) 全国高等学校選抜大会 9) 上記6, 7, 8の予選会 10) 都高体連行事予定に組まれた登山 11) その他承認された大会				
傷 病 発 生 の 状 況	日	平成 年 月 日 (曜)			相 手 及 び 所 属
	時	時 分			
	場 所				
	傷病発生状況(具体的に)				
傷病発生に対してとった措置状況					
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、事実と相違いないことを証明します。 平成 年 月 日 部 名 部 長 名 印					

* 決 定 額		* 振 込 日	平成 年 月 日	会 長 印	
---------	--	---------	----------	-------	--

(注) * 印は記入しないこと