選手についての情報用紙

氏名		生年月日	年　月　日
自宅住所			
電話番号		身長･体重	cm　kg
保護者氏名			
保護者不在時の連絡先			
学校名			年
備考			

緊急時医療許可証

関係者殿:

私、　　の保護者は、私の子供が疾病、または事故に見舞われ、私にすみやかに連絡が取れない場合は私への連絡をまたずに子供が医療行為を受けることを認めます。

保護者氏名:

住所:　　**電話番号:**

ホームドクター名:

住所:　　**電話番号:**

本許可証有効期間:　　年　月　日から　　年　月　日

特有のアレルギー、慢性疾患、その他、医学的健康状態:

保護者以外の緊急連絡先:

氏名:　　**関係:**

住所:　　**電話番号:**

この許可証は、私の不在時における子供の緊急医療処置を認める目的のみ、私自身の自由意志によって署名し、全面的に権利を委ねるものである。

署名:　　**公証人氏名:**

日付　　年　月　日