

メディカル評価確認書

選手名	
診察日:診察時間	
診察部位	
診察結果:症状	
必要な治療または手当	
プレー停止の必要期間	1 必要なし
	2 必要あり 年 月 日～ 月 日

トレーナー	氏名	資格
連絡先	Eメールアドレス	
	電話	
	ファックス	

診察の結果、上記の記載内容に間違いありません。

このメディカル評価確認書は上記テニス選手の出場辞退等に関する確認書類として提出します。

トレーナーサイン

発行日