

健康証明書

*学校医・保健所・病院の医師による次の診察を受けて出場申込書と一緒に提出してください。

日本キッズボクシング協会 殿

選手名 _____ 年 月 日生 (_____ 才)

① 身長

② 体重

③ 体温

④ 脈拍

⑤ 心音

⑥ 呼吸音

⑦ 血圧 _____ ~ _____

⑧ 視力 左 _____ 右 _____

⑨ 瞳孔

⑩ 膝蓋腱反射

○医師の所見

_____ 年 月 日

住所

医師名

印