

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下さい

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 _____