|  |
| --- |
| 診断書 |
| 氏名 | 男女 | 生年月日 |  |
| 住所 |  |
| 病名 | ・・ 内服薬 ・・ |
| 　　　　自転車競技を行う上で問題ない健康状態であることを証明します。 |
| 　　上記の通り診断いたします。 　　　　令和　　 年 月 日医療機関名所在地診断医師名 |