|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |