

北海道ボクシング連盟医事委員長 殿

事故報告書

事故発生年月日時	(西暦) 年 月 日 (曜) 午前 / 午後 時 分頃
選手名 【医事シリアル番号】	【HM- _____】
選手連絡先	
事故内容	
事故後の処理・経過	
医療機関受診の有無	無 / 有 医療機関名: _____

報告年月日: (西暦) 年 月 日 (曜)

報告者: _____

(選手との関係: _____)

報告者連絡先: _____

【記入上の留意事項】

- ※ 事故内容は、提出時点での状況を出来るだけ詳しく時系列で記入して下さい。
- ※ 医事委員会から関係各位に対して、事故内容についての問い合わせをする場合があります。
- ※ 医療機関を受診した場合は、診断書の提出や担当医との情報交換等を行う場合があります。
- ※ 事故報告は個人情報に関わる場合がありますので、情報管理に細心の注意を払って下さい。

《報告書送付先》

〒062-0907 札幌市豊平区豊平七条13丁目1番1号 緑の街診療所 宛て