

提出者：担当医師 → 提出先：所属都道府県協会

「脳損傷、硬膜下血腫」受傷後の競技復帰の同意書（担当医師）

ラグビーフットボール協会 御中

フリガナ  
競技者氏名

生年月日 西暦 年 月 日

チーム名

頭部外傷病名

受傷日 西暦 年 月 日

治療開始日 西暦 年 月 日

治療終了日 西暦 年 月 日

（医師記入）※□にレ点を入れてください

- 本申請者は、上記頭部外傷後に、加療・経過観察期間を経て、複数回の CT/MRI 検査を実施したのち、神経障害の所見及び症状が消失していることから、コンタクトを含むラグビーの競技復帰に問題がないと判断します。

西暦 年 月 日

病院名

病院住所

担当医師名

印

脳神経外科専門番号

(2022年8月5日様式)