

MFJ メディカルパスポート 2018

記入日 年 月 日

● MFJ ライセンス No

国籍

★日本以外の場合のみ記入

(よみがな)

● 氏名

● 年齢

歳

● 生年月日

年 月 日

● 血液型

型 ()

● 身長

c m

● 体重

k g

● 所属チーム名

● 代表者名

● 病気・怪我について (持病・完治していない怪我)

● 医療メモ

アレルギーと反応

使用中の薬

感染症の有無

有り

無し

● 緊急連絡先

① 氏名

続柄

電話 :

mail

@

② 氏名

続柄

電話 :

mail

@

※メディカルパスポート (本紙) はご本人またはチームで保管し、事故の際にメディカルセンターに提出してください。