

フェイスマスク使用届書

令和 年 月 日

兵庫県ソフトテニス連盟会長 様

- ・ 身体的な理由によりフェイスマスクの使用が必要ですので、医師の診断書を提示します。

対象選手名：_____

種別・番号：_____

届出者名：_____

以下、本部役員記入欄

- ☐ 医師の診断書により、フェイスマスクが必要な旨確認しました。

診断書の発行年月日：_____年 _____月 _____日

確認本部役員名_____

使 用 許 可
不 許 可

兵庫県ソフトテニス連盟競技委員長