

2025(令和7)年 月 日

一般社団法人神奈川県サッカー協会
リーグ運営委員長 様

報告書 <脳震盪による交代をした選手について>

大会名

【 2025年度神奈川県サッカーリーグ 】

期日と対戦相手チーム名

2025年 月 日 対戦チーム _____

会場名および試合開始時刻

会場名 _____ 試合開始時刻 時 分

該当選手名やチーム名など

所属チーム名 _____ 出場時の背番号 番

ふりがな

選手氏名 _____ 交代時間 分

交代後の対応

上記その他の内容

受診の有無 有・無 有の場合は診断書を添付すること

医療機関名 受診日 2025年 月 日

その他報告など何かあれば

報告責任者の役職と氏名(自筆)

役職

氏名

2025(令和7)年 月 日

一般社団法人神奈川県サッカー協会

リーグ運営委員長 様

復帰願い <脳震盪による交代をした選手>

大会名

【2025年度神奈川県サッカーリーグ】

期日・対戦相手チーム名

2025年 月 日 対戦チーム _____

会場名

会場名 _____

該当選手名・チーム名

所属チーム名 _____

ふりがな

選手氏名 _____

復帰理由

今後の障害等について何らかの請求や申し立てを(一社)神奈川県サッカー協会ならび第1種社会人部会へ行いません。
また、(一社)神奈川県サッカー協会ならび第1種社会人部会には一切の責任を負わないことを承諾します。

本人氏名(自筆)

氏名 _____

報告責任者の役職と氏名(自筆)

役職 _____
氏名 _____