女子選手妊娠反応検査診断書

所属ジム:

住所:

氏名:

生年月日:　　年　　月　　日生

試合予定日	令和　　年　　月　　日 ※検査は試合予定日の2週間以内に
検査医院名	

妊娠反応検査	**陰性　　陽性**
その他	

上記診断のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

ドクター名

署名