

Nom de la course :

Cadre réservé à l'organisation    主催者記載欄

Numéro de dossard :

Cadre réservé à l'organisation    主催者記載欄

## CERTIFICAT MEDICAL

健康証明書

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,  
私こと                      (医師名・ローマ字)                      医師は

Certifie que l'examen de M / Mme \_\_\_\_\_  
診断結果を証明する                      (どちらかに○) (被験者名・ローマ字)

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
生年月日                      (日/月/年)                      年齢

**Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.**  
陸上競技(徒競走)に参加するにあたって、異常な所見は認められない。

Certificat établi à : \_\_\_\_\_  
作成機関                      (病院名・ローマ字)

Date : \_\_\_\_\_ Signature du Médecin : \_\_\_\_\_  
日付    (日/月/年)                      (医師のサイン)

Tampon du médecin :  
病院印

