

提出者：復帰希望者 → 提出先：所属都道府県協会

「脳損傷、硬膜下血腫」受傷後の競技復帰の意思確認書（ラグビー協会宛）

ラグビーフットボール協会 御中

フリガナ
競技者氏名

生年月日 西暦 年 月 日

チーム名

頭部外傷病名

受傷日 西暦 年 月 日

治療期間 西暦 年 月 日 ～ 年 月 日

(競技者記入)※□にレ点を入れてください

- 私は上記受傷後に医療機関にて、治療と十分な期間の経過観察を行い、現在、頭部外傷の症状はないため、フルコンタクトの練習及び試合に参加します。
今後、ラグビーの練習や試合において、既往症に起因して頭部外傷及び神経障害に罹った場合の責任は私にあり、その程度の如何によらず所属チーム、相手チーム、学校、主催団体及びラグビーフットボール協会に対して責任を追及することはいたしません（ただし、故意又は重過失がある場合を除きます）。

西暦 年 月 日

競技者氏名 印

住所

競技者が未成年の場合

保護者氏名 印

住所

(2022年8月5日様式)