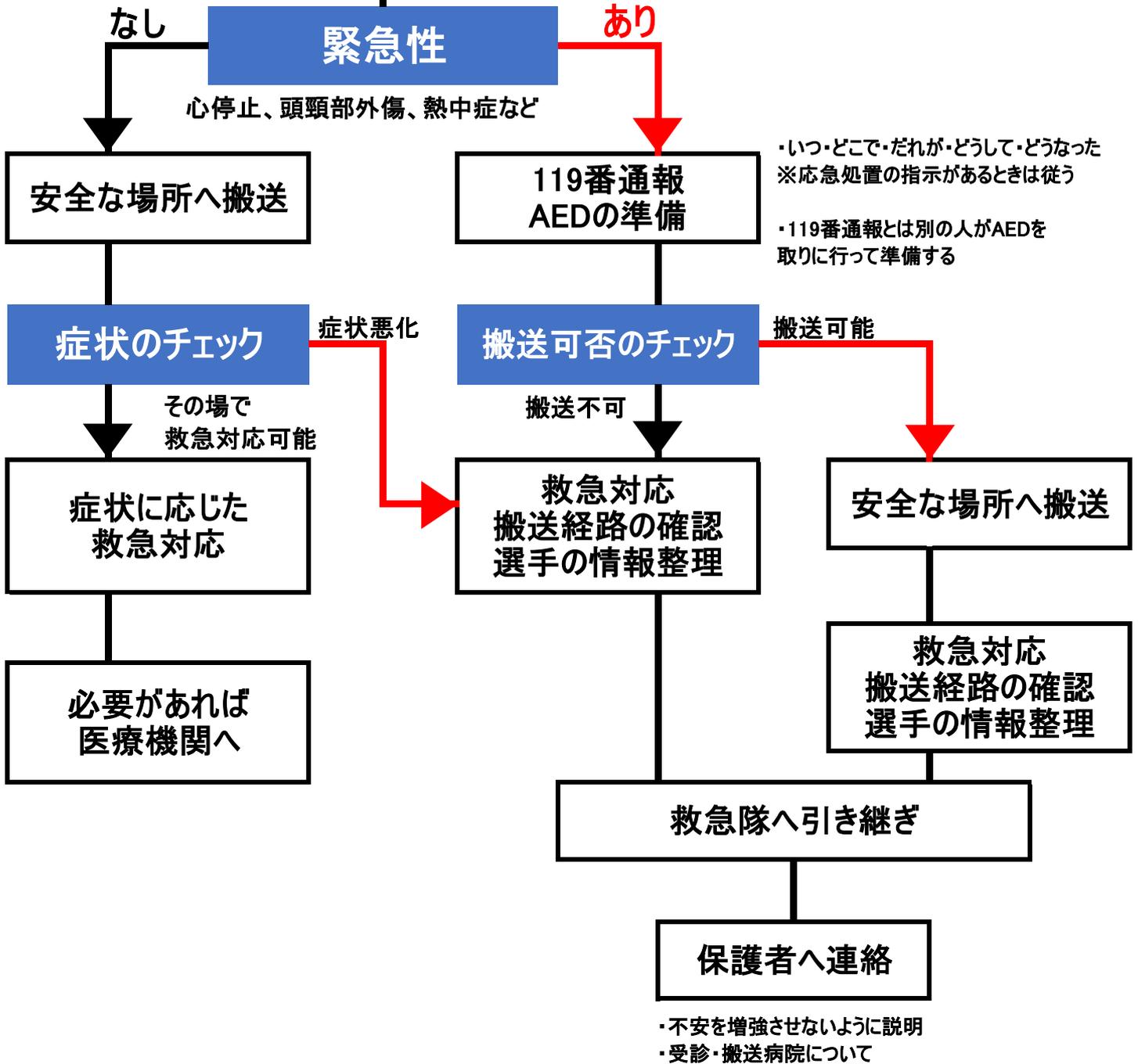


事故・ケガの発生 (時間の確認)

グラウンドの住所は _____



病院名	電話番号	備考(休診日等)