

別紙1

証 明 書

住所：_____

氏名：_____

昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の者は CT スキャン（または MRI）にて頭蓋内病変
及び くも膜のう胞 のない事を証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名：

医 師 名： _____ 印

別紙2

証 明 書

住所：_____

氏名：_____

昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の者は平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日に施行した
CT スキャン（または MRI）にて頭蓋内病変 及び
くも膜のう胞 のない事を証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名：

医 師 名：

印