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 ボクシング競技に差し支え

のあるくも膜のう胞 のない事を証明します。

平成　　　年　　　月　　　日

医療機関名：

医　師　名：　　　　　　　　　　　　　印