

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