証　明　書

住　　所

氏　　名

生年月日

当院に於いて歯列矯正器具に適するマウスピースを作成しました。ボクシング競技可能であることを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名：

医師名　　：　　　　　　　　　　　　印