公益社団法人日本ボクシング連盟　御中

証明書

住　　所

氏　　名

生年月日

上記選手が使用するマウスピースは歯列矯正器に適合しており、ボクシング競技を行うことは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