

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