

別紙9

公益社団法人日本ボクシング連盟 御中

歯列矯正
証明書

登録番号	
所属	
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が可能であることを証明します。

年 月 日

医療機関名：

医師名：

印