

別紙1

証 明 書

登録番号	
所 属	
氏 名	
生年月日	

上記の者はCT スキャン（またはMRI）にて頭蓋内病変 及び
くも膜のう胞 のない事を証明します。

年 月 日

医療機関名：

医 師 名：

印

別紙2

証 明 書

登録番号	
所 属	
氏 名	
生年月日	

上記の者は 年 月 日に施行した
CT スキャン（またはMRI）にて頭蓋内病変 及び
くも膜のう胞 のない事を証明します。

令和 年 月 日

医療機関名：

医 師 名：

印

別紙3

証 明 書

登録番号	
所 属	
氏 名	
生年月日	

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。

令和 年 月 日

医療機関名：

医 師 名：

印