

別紙1

証明書

住所: _____

氏名: _____

昭・平 年 月 日生

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 のないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名: _____

医師名: _____ 印

証明書

住所:

氏名:

昭・平 年 月 日生

上記の者は令和 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 のないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名:

医師名:

印