

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。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名：

医 師 名：

印

別紙2

## 証明書

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

上記の者は平成 \_\_\_\_\_ 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。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名：

医 師 名： \_\_\_\_\_ 印