

別紙1

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
【 MRI ・ CT 】 検査にて頭蓋内病変及び
※いずれかに○
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