別紙2

伊勢崎市ボクシング大会における、頭蓋内検査証明書

年　　月　　日

スパーリング大会に出場する下記選手は、CTもしくはMRI検査にて、
頭蓋内病変、及び、くも膜のう胞のないことを証明します。
また、大会競技内において、万一事故や負傷等が発生した場合でも、
大会主催者、開催団体、後援団体および協力団体に対し、
一切の責任を問わないことを誓約いたします。

団　体　名:

団体代表者名:

氏　名:	
生年月日:	年齢:
氏　名:	
生年月日:	年齢:
氏　名:	
生年月日:	年齢:
氏　名:	
生年月日:	年齢:
氏　名:	
生年月日:	年齢:
氏　名:	
生年月日:	年齢: