（様式４）

一般社団法人東京都トラック協会　会長　殿

**脳 MRI 健 診 受 診 証 明 書**

受診者氏名

上記受診者が、令和　　年　　月　　日に当院で脳ＭＲＩ健診として、頭部ＭＲＩ検査と頭部ＭＲＡ検査をセットで受診したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

所在地

医療機関名

担当医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞