

◆診療内容の概要◆

1 Nature and Condition of Illness or Injury.(in brief)

翻訳

症状の概要

2 Prescription Operation and any other Treatments.(in brief)

翻訳

処方、手術その他の処理の概要

Name and Address of Physician/Hospital, Clinic, office

医師の氏名及び住所又は病院、診療所の名称及び所在地

---

---

Date

日付

Physician's Signature

医師の署名

翻訳者記入

氏名

住所

TEL

---