

翻 訳 文 (その他)

診 療 内 容 明 細 書

患者氏名 _____

※様式 A、様式 B、様式 C 以外に医療機関から発行された診療行為・内容がわかる
証拠書類または領収書等がありましたら、この用紙に詳しく翻訳してください。



翻訳者氏名 _____

翻訳者住所 _____ 電話 _____

翻訳言語 _____

翻訳年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日