様式B

和訳

患者名		
(10)諸検査費の内訳(諸検査の内容)		
(11)医薬費の内訳(薬の名称、量)		
(15)その他(特記事項)		
	翻訳者	
	住所 ————————————————————————————————————	
	電話	