

Form A

邦訳別紙

2, 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 (Form D 参照)

傷病名

No.

6, 症状の概要

7, 処方, 手術その他の処置の概要

翻訳者

住 所

氏 名

印

※署名または記名・押印

電話番号