

Form B

邦訳別紙

9, 諸検査費用

検査内容	金額

10, 医薬費

薬品名	投与量	金額

13, その他 特記

内容	金額

翻訳者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

※署名または記名・押印

電話番号 _____