

Form B

邦訳別紙

9,諸検査費用

検査内容	金額
検査内容	金額

10,医薬費

薬品名	投与量	金額
薬品名	投与量	金額

13,その他 特記

	金額
	金額

翻訳者

住所

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_ (印)

※署名または記名・押印

電話番号

\_\_\_\_\_