

----- 医疗证明 -----

病历编号

病人姓名

出生日期

地址

电话号码

出版日期

诊断名称

测试项目

检测结果 (阳性/阴性)

签名: \_\_\_\_\_

医师

医疗法人药师会 新宿歌舞伎检查诊所

日本东京新宿歌舞伎町 2-45-1 第五雷电大厦 5 层



Shinjyuku-kabuki Inspection CLINIC  
新宿カブキ検査クリニック