

----- Certificado de Medicina -----

Número de paciente:

Nombre del paciente:

Fecha de Nacimiento:

Dirección del paciente:

Número de teléfono:

Fecha de publicación:

Nombre del diagnóstico:

Lista de controla:

Resultados de las pruebas (positivos o negativos):

Firma: _____

Dr.

Corporación Médica Yakushinkai Clínica de Inspección Shinjuku Kabuki.

5th Floor, Fifth Raiden Building, 2-45-1 Kabukicho, Shinjuku, Tokio, Japón.



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