

----- 진단서 -----

환자번호

환자명

생년월일

주소

전화번호

발행일

진단명

검사 항목

검사결과(양성-음성)

서명: _____

의사

의료법인 사단법인 약심회 신주쿠 가부키 검사 클리닉

일본 도쿄도 신주쿠 가부키마치 5 번가 라이덴 빌딩 5 층

