

Itemized receipt
領 収 明 細 書

(1) Fee for initial office visit	初診料	10,000ペソ
(2) Fee for follow-up office visit	再診料	_____
(3) Fee for home visit	往診料	_____
(4) Fee for hospital visit	入院管理料	_____
(5) Hospitalization	入院費	_____
(6) Consultation	診察費	_____
(7) Operation	手術費	_____
(8) X-ray examination	X線検査費	_____
(9) Medication	医薬費	421.00ペソ
(10) Anesthetics	麻酔費	_____
(11) Operating room charge	手術室費用	_____
(12) Others (specify)	その他(項目明記)	_____
(13) Total	合 計	_____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係ないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic

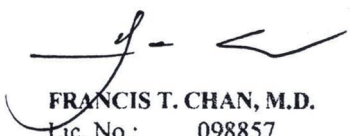
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name

名前 : Last チャン First フランシス・T Title 医学博士
姓 名 称号

耳鼻咽喉科-頭頸部外科クリニック
ユニット4、メイビル #2444 Sto.エンティエロ
Address : Home 自宅 アンヘレス市、フィリピン、パンパンガ州 Phone 電話 887-5597
住所 Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date : 2023年10月4日 Signature _____
日付 署名


FRANCIS T. CHAN, M.D.
Lic. No.: 098857
PTR No.: AC-0893081
S2 No.: _____