Itemized receipt

領 収 明 細 書

初診料	\$
再診料	<u>\$</u>
往診料	<u>\$</u>
入院管理料	<u>\$</u>
入院費	<u>\$</u>
診察費	<u>\$</u>
手術費	<u>\$</u>
X線検査費	<u>\$</u>
医薬費	_\$
麻酔費	_\$
手術室費用	\$
その他(項目明記)	<u>\$</u>
合 計	\$
Superintendent of Hos	pital or Clinic
st	Title
	称号
	Phone 電話
	Phone 電話
gnature 名	
	再診料 注診料 入院費 養務費 系線費 麻酔費 手術の他(項目明記) 合 計 to the treatment, I-e ものは除いて下さい。