



## 治疗方案申请书

填表日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

姓 名 \_\_\_\_\_

出生日期(公历) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年龄满 \_\_\_\_\_ 岁

性别 ①男 ②女

护照上姓名还需注明大写拼音 姓(LAST NAME) \_\_\_\_\_ 名(FIRST NAME) \_\_\_\_\_

国 籍 \_\_\_\_\_

护照 No. \_\_\_\_\_

签证有效期限 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

现住址 \_\_\_\_\_

### お申込み

提交申请书时需支付 54,000 日元(含税) 一次性手续费。该费用含诊断结果翻译及日方医院针对患者制定的治疗方案等费用。

※支付方式可以用微信支付支付宝支付。希望者可与我们联系。

汇付方式

Paying Bank : The Yamaguchi Bank, Ltd

Swift Code : YMBKJPJT

Branch Name : Head Office

Payee's Name : 株式会社 光華 代表取締役 三原美津子

Payee's Address : 21-19, nabe-tyo, Shimonoseki, Yamaguchi-Pref., 750-0006 Japan

Account Number : 5190110

※汇付手续费由客人承担。

以上手续办理完后，请患者把国内医院的病例等相关资料发给我们。約 14 天以内 将治疗方案（日程）及治疗费用等交给患者。

