**Medical Certificate医療診断書**

|  |  |
| --- | --- |
| Name of clinic: 病院名 |  |
| Address of clinic: 病院住所 |  |
| Phone number:病院電話番号 |  |
| Fax number:病院FAX番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name : 海外旅行をする本人の氏名 |  |
| Sex: 性別 |  |
| Date of Birth: 生年月日 |  |
| Nationality: 国籍 |  |

To whom it may concern ご担当者様

This is to certify that health status and illness or conditions for which above person is no problem for traveling to overseas from 　　　　　　 ( 出発日：日、月、年) to 　　　　　 　　　( 帰着日：日、月、年)　.

 （上記の者の健康状態および疾病が、上記期間中の海外旅行に問題ないことを証明します。）

* Health Status (現在罹患中の病名)
* Medications above person is currently taking(現在服用中の薬)

※薬名は商品名でなく一般名の記入

* Comments(疾患の経過および注意点、重要な情報など必要事項の記入)

Issued On (発行年月日):　　　　　/ /　　　　　(日/月/年)

Doctor name (アルファベットにて医師名):

Doctor Sign(医師署名):

Stamp(捺印):