Please have your doctor fill out this form and bring it to the Canadian Academy Health Office.

受診証明書

Physician's Note

氏名

Name

住所

Address

生年月日

Date of Birth

病名

Diagnosis

上記の者は　　年　　月　　日 に頭書の疾病治療のため受診した事を証明します

医師氏名 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 印

年　　月　日