**50. deutsch – japanischer Sportjugend – Simultanaustausch 2023**

Gruppe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name der behandelten Person: |  | |
| Diagnose des Arztes oder Krankheitsbezeichnung nach eigenem Wissen |  | |
| Behandlungstage |  | |
| Art der durchgeführten Behandlung nach eigenem Wissen |  | |
|  |  |  |
| Behandlungskosten | Beleg Nr. | Betrag in Yen |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Betrag Insgesamt | |  |

Ich habe die o.g. Behandlungskosten verauslagt und bitte um die Überweisung auf mein Konto:

|  |  |
| --- | --- |
| Kontoinhaber: |  |
| IBAN: |  |
| Bank: |  |

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der Angaben:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| , |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |

Anlage:

- Diagnose (Original)

- Belege über die Behandlungskosten Stand: Februar 2023