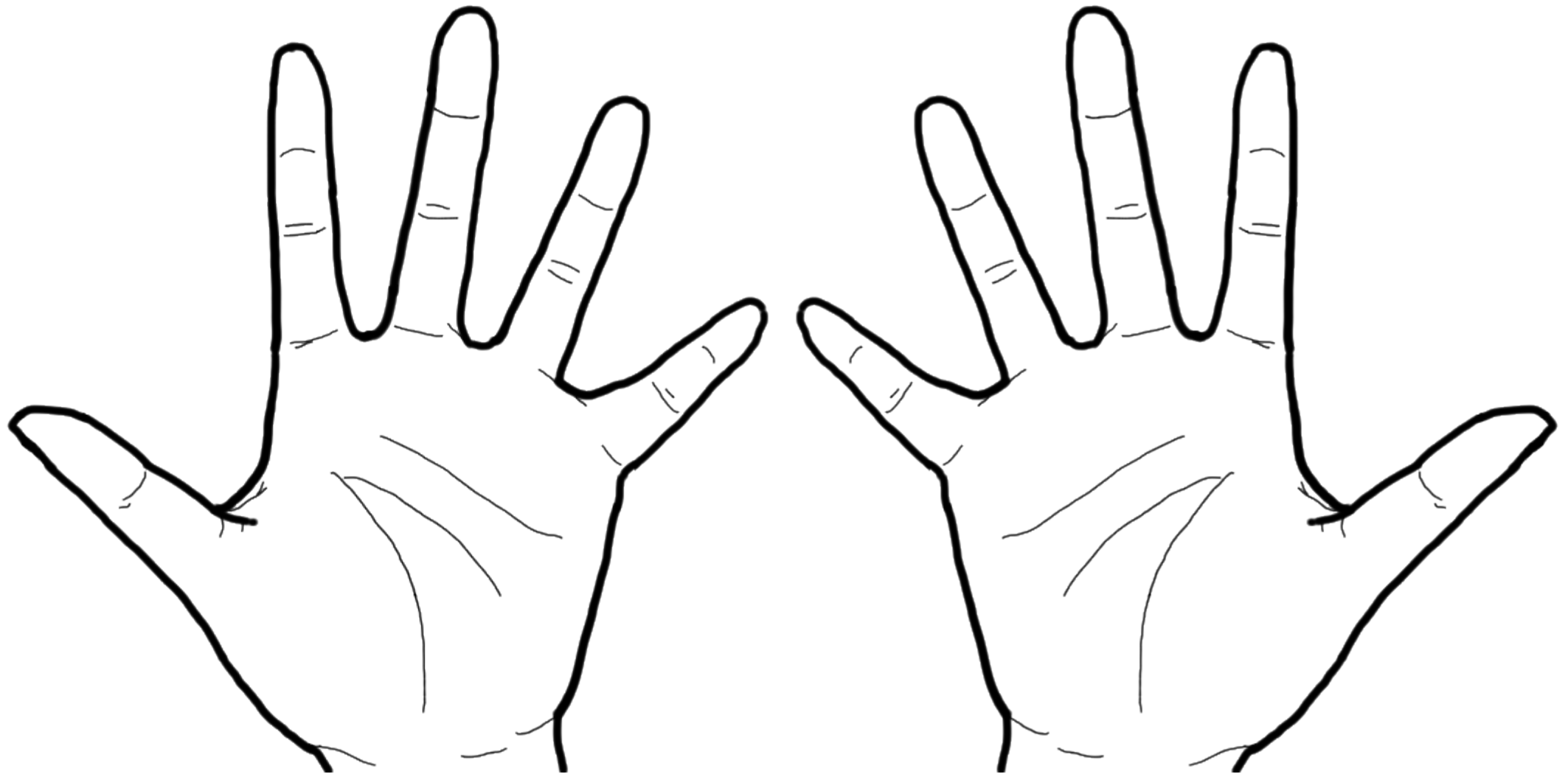


ID :

名前 :

検査者名 :

日付 : 年 月 日



左手

右手