

母子健康手帳翻訳 申し込み FAX 用紙

FAX:03-5414-7166

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

母子健康手帳証明書（英文）____通 母子手帳（原本またはコピー）を添えて申し込みます。

ふりがな	○で囲んでください		
氏名	男 ・ 女		
パスポート記載の アルファベット名			
生年月日 西暦	年	月	日

同行する保護者氏名	父	_____	
	パスポート記載のアルファベット名 [_____]	
	母	_____	
	パスポート記載のアルファベット名 [_____]	
ふりがな	〒 _____		
連絡先	TEL	FAX	

渡航日程	年	月	日	～	年	月	日
渡航先							

※海外赴任など長期滞在される方で滞在先住所が決まっている方は具体的な住所をご記入ください。
(未定の場合、現地での連絡先はblankにさせていただきます)

- ◇ 母子手帳(原本またはコピー)をこの用紙と一緒に郵送または FAX にて旅の医学社までお送り下さい。
- ◇ 到着後約 10 日でお手元にお送りいたします。

料金は 千駄ヶ谷インターナショナルクリニックでワクチン接種した方 一通 ¥7,700 (税込)
他院でワクチン接種した方 一通 ¥9,900 (税込)

下記宛にお振り込みください。

三井住友銀行青山支店 普通 1548434 旅の医学社

連絡欄
