

# 英文薬剤証明書申し込みFAX用紙

本紙にご記入のうえ当社までFAXしてください(03-5414-7166)

申込日 年 月 日

英文薬剤証明書原本 通 コピー 通 処方箋を添えて申し込みます。

ふりがな 氏名	○で囲んでください 男・女		
パスポート記載 ローマ字氏名			
ふりがな 住所	〒 ー		
生年月日	大・昭・平 年 (西暦 年) 月 日	年齢	才
連絡先	Tel Fax E-mail		
旅行日程	年 月 日 ~ 年 月 日		
旅行先			
薬剤の種類	( ) 種類		
病名			
主治医	ふりがな 氏名		
	所属		
	連絡先	TEL	
連絡欄			
.....			
.....			

☆現在服用中の薬剤の処方箋または内容明細(本人の名前および日付が印字されているもの)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ください。

☆薬剤により医師の診断書が必要となる場合があります。

☆到着後約10日でお手元にお送りいたします。

☆2通目から1通4,950円、コピーは2枚まで無料です。

☆料金は1通9,900(税込)です。下記宛てにお振込ください。

※ただし、薬剤が7~14種類の場合料金が3割増...12,870円、15種類以上の場合、料金が5割増...14,850円となります。

※お急ぎの場合の料金...お申し込みが1週間以内 50%増 14,850円、2日以内 100%増 19,800円 但し納品はPDFに限ります。

三井住友銀行 青山支店 普通 1548434 旅の医学社

(株)旅の医学社 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-20-3-203