

# 母子手帳英語翻訳申込みについて

母子手帳の翻訳を希望される方は、下記によりお申込みください。

- 母子手帳翻訳申込書に必要事項を記入ください。
- 予防接種記録表をご記入ください。
- 母子手帳の次の事項について記載されている部分のコピー（A4サイズ白黒）を同封してください。
  - 出生届済証明（主に1 ページ、お子様の氏名及び出生届先が記載されている）
  - 出産の状態（出生の場所：病院名・住所・医師名（ふりがな）、身長、体重、胸囲、頭囲）
  - 予防接種欄：予防接種年月日のコピーが判断しづらい場合には、はっきり分るようにメモに書きだすか、欄外にわかるように記入して下さい。判断できない場合は確認の時間がかかります。渡航前の翻訳書完成が間に合わなくなってしまう場合があります。
    - \* 接種した医療機関（主に一番多く接種した医療機関名と所在地を必ず書いてください。）  
例：① ○○○病院 ② 東京都
    - \* 複数人の申し込みを頂く場合はコピー其々にお子様の名前を記載してください。
- 申込みの際、追加の予防接種の予定があり翻訳希望の方は必ず母子手帳翻訳申込書にご記入下さい。ご記入されない場合は追加接種翻訳希望されないと受付いたします。接種終了後、接種日、接種した医療機関（接種記録のページ）のコピーをFAX又はEメール送信ください。  
ご出発の2週間前までは追加記載いたします。ご出発直前の追加接種の場合、予定として記載いたします。追加接種後速やかにご送付ください。送付が遅れる場合、忘れていた場合は渡航前の翻訳書完成に間に合わない場合があります。
  - \* たくさんのお子様がおられますので必ずお子様の名前を欄外に記入して下さい。  
記入例： おたふくかぜ（7月28日）接種後FAX→追加記載する。  
おたふくかぜ（7月28日）接種予定→予定日として翻訳する。
- 海外で接種された方は
  - 海外での予防接種のコピー（英語表記のみ）を添付してください。
    - \* 中国語、スペイン語、ドイツ語など英語表記以外の言語の翻訳は受付けておりません。
    - \* 海外で接種された病院のドクターの署名又は自治体の証明書を必ず添付ください。
  - 主な又は多く摂取した医療機関名（医師名）、国名および都市名も記載ください。
    - \* コピーした時に接種ワクチンの種類や日付など字体が判読しづらい場合などは、メモを添付してください。ワクチン名や接種日は英訳時に必要な項目となります。

6. 翻訳手数料（1件＝1人分8,000円）のお支払方法

- (1) 申込書・母子手帳のコピー（A4サイズ白黒）を郵送後、お支払いは銀行振込か郵便振替でお願い致します。

○ 郵便振替：00190-6-188781 （株）予防医学推進センター 母子手帳翻訳サービス

○ 銀行振込：三井住友銀行 高田馬場支店（普）1357544（株）予防医学推進センター 総務部

\* 申込書類が到着して内容確認が済みお振込みの確認ができ次第に翻訳作業に入らせていただきます。ご了承下さい。

- (2) 会社がお支払いになる場合は申込書欄に請求先等を記載し、1～と同様に申込書・母子手帳のコピー（A4サイズ白黒）を普通郵便でご郵送又はEメールで送信ください。

申込書の送付先・お問い合わせ先は、下記のとおりです。

株）予防医学推進センター（Email：[info@cppmed.com](mailto:info@cppmed.com)）

〒162-0055 東京都新宿区余丁町7-1 発明学会ビル 5F

TEL：03-3359-3655

FAX：03-3359-3656

\* 電話受付時間 午前10:00～12:00 迄 午後13時30分～16:00 迄

\* 金土日祝日、夏季・年末年始休暇は営業しておりませんのでご注意下さい。



母子手帳翻訳申込書

平成 年 月 日

申込者氏名（フリガナ）	
母子手帳翻訳該当者氏名（漢字） フリガナ 氏名	（性別） 男 ・ 女
血液型 型 ・ 不明	生年月日（西暦） 年 月 日（ 歳）
出発日または予定日 年 月 日	渡航先(赴任国)
今までに感染症に罹患した病名（日付が不明の場合は未記入で構いません） おたふく： 有・無（ 年 月） 風 疹：有・無（ 年 月） 水 痘： 有・無（ 年 月） 麻しん：有・無（ 年 月）	
主に接種した①と②を記入して下さい（海外での主な接種先・国名もご記入ください） ① 医療機関 ② 都道府県 海外（ ）	
アレルギーの翻訳の場合は医師の証明書あるいは検査結果票のコピーを添付してください 無 ・ 有（ ）	
出発までに予防接種の予定がある場合：予防接種名及び予定日を記入して下さい（英訳希望の場合のみ） ＊接種後は FAX をしてください（fax 番号：03-3359-3656） ・ _____（接種予定日 年 月 日） ・ _____（接種予定日 年 月 日） ・ _____（接種予定日 年 月 日）	
翻訳母子手帳の送付先住所等： 〒 _____ ..... ご実家へご送付希望の場合必ず〇〇様方をご記入下さい。ご記入されない場合は返送される可能性がございます。 電話番号： _____ ←確認の連絡を致しますので必ずご記入下さい	
出発までにご転居の予定がある方はご転居先の住所をお書き下さい。ご転居予定日 年 月 日 〒 _____ ..... 電話番号： _____ ←確認のご連絡を致しますので必ずご記入下さい	
出発が迫っている方は、赴任先（現地）のご住所をお書きください。 .....	
翻訳料を会社等でお支払いの場合はこちらにご記入ください。 請求先の会社名： _____ 担当部署・担当者名： _____ 所在地 〒..... 都道府県 電話番号..... ..... .....	

## 予防接種記録表

母子手帳に記載されている日付（西暦）にてご記入願います。

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
記入例	2018/1/10	2018/2/22	2018/3/25		
BCG					
4種混合					
3種混合					
2種混合					
ポリオ					
MR					
麻疹					
風疹					
おたふく					
日本脳炎					
ヒブ					
肺炎球菌					
水痘					
A型肝炎					
B型肝炎					
ロタウイルス					
狂犬病					
腸チフス					
髄膜炎菌					
インフルエンザ					
その他					

出生時の記録

分娩：正常 ：異常（ ）	身長 cm	体重 g
妊娠期間 週 日	胸囲 cm	頭囲 cm