

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。
- 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。
*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。
- 海外で接種された方は
 - 海外での予防接種のコピーを添付してください。
 - 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。
- 申込みの際、追加の予防接種の予定がある場合で、翻訳希望の場合
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送信下さい、追加記載いたします。
*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。
- 翻訳手数料（1件＝1人分8,000円）のお支払方法
 - 申込書・母子手帳のコピーを郵送後、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 かぶよぼういがくすいしん ほしてちょうほんやく (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：みつゐすみともぎんこう たかだのぼほしてん 三井住友銀行 高田馬場支店 (普)1357544 かぶよぼういがくすいしん そうむぶ (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、1～4と同様に申込書・母子手帳のコピーを普通郵便でご郵送ください。

↓ 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)

〒162-0055 とうきょうとしんじゅくくよちようまち 東京都新宿区余丁町7-1 はつめいがっかい 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

* 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ください。

* 2015 年 9 月 24 日より住所が移転になりました。



母子手帳翻訳申込書申込日

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)	(性別) (ローマ字) パスポートと同じ フリガナ 氏 名
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	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) 風疹: 有・無 (年 月) おたふくかぜ: 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 ()	
アレルギーについての翻訳の場合は医師の証明書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 をして下さい ・ _____ (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: 〒 _____ 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.....	