

# 母子手帳翻訳受付書

クリニック 記入欄	お渡し希望日 /	発送日
--------------	-------------	-----

宛先: 日比谷クリニック

[http://hibiya-clinic.com/medical\\_certificate/](http://hibiya-clinic.com/medical_certificate/)

申込日 年 月 日

ご所属(企業・団体名)			
お父様またはお母様のお名前			
対象となるお子様のお名前 J:(クリニック記入)	フリガナ	生年月日	西暦 年 月 日 (才) 性別:男・女
	ローマ字:		
対象となるお子様のお名前 J:(クリニック記入)	フリガナ	生年月日	西暦 年 月 日 (才) 性別:男・女
	ローマ字:		
対象となるお子様のお名前 J:(クリニック記入)	フリガナ	生年月日	西暦 年 月 日 (才) 性別:男・女
	ローマ字:		
住所(自宅・実家・勤務先)	フリガナ	支払い方法 個人払い(銀行振込・窓口払い)	
	〒 -		
メールアドレス	日通請求(日通担当名: )		
日中に連絡の取れる 電話番号	書類のお渡し 方法のご希望	郵送 / ご来院	
赴任国/都市名	/	ご出発予定日	年 月 日

※ 母子手帳の基本情報・接種記録など記載事項があるページ全てまたは接種記録証明書のコピーをお送りください。

※ 書類発行後、追加接種をされてアップデートご希望される場合は別途費用が発生いたしますので、ご予約されている予防接種を全て完了してからお申し込みください。

※ インフルエンザの予防接種記録に関しては翻訳対象にはなりませんのでご了承ください。

申込み専用アドレス: [ryugaku2684@hibiya-clinic.com](mailto:ryugaku2684@hibiya-clinic.com)

電話 番号: 03-3217-1105

メール件名は「【日比谷クリニック宛】母子手帳の翻訳依頼」でお送りください。

FAXの場合は、余白に送信者名をご記入ください。

FAX 番号: 03-3217-1106

メモ欄:

※個人情報の取り扱いについて※ 本受付書および提供いただいた母子手帳等の情報はクリニックの定める個人情報保護方針に従って取り扱い、翻訳作成の範囲に限り利用し、他の目的には使用いたしません。



〒100-0006 千代田区有楽町1-7-1  
有楽町電機ビル南館3階

日通海外引越ホームページ掲載版