

記入方法など申込マニュアル

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または写真を上記 1・2. と共に送付してください。
 - 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: コピー後に接種年月日が判断しづらい場合には、はっきりと分かるようにメモに書きだすか、欄外に分かるように記入してください。
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。
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)のコピーまたは写真を E メールに添付して、送信または FAX してください。
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。
- 翻訳手数料(1 件=1 人分 8,800 円(税込))のお支払方法
 - 申込書・母子手帳のコピーなどを E メールや郵送した後、2・3 日中に振込手続きをお願い致します。
 - 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。
 - お勤め先がご負担される場合などで領収書が必要な場合は領収書の発行をしますので宛名を教えてください。
弊社の方でお勤め先に請求させていただく場合は請求先などをご指示ください。
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

〒162-0055 東京都新宿区余丁町 7-1 発明学会ビル 5F

Email: info@cppmed.com

TEL: 03-3359-3655 FAX: 03-3359-3656

- * 感染症拡大防止のため営業が不定期となっております。
- * また土日祝日・年末年始・夏季臨時休暇時はお休みとなりますご注意ください。