

渡航・英文書類申込書

患者ID番号: 申込み日: 年 月 日

以下の太枠内で該当する箇所をご記入ください。 担当者:

フリガナ 氏名: 姓	名	middle name
ローマ字表記名: ※パスポート登録と同一表記		
生年月日: 年 月 日	年齢: 歳	性別: 男・女
未成年の場合 保護者氏名: 姓	名	(続柄:)
住所: 〒		
連絡先電話番号:	(本人・保護者 続柄)	
メールアドレス:	(本人・保護者 続柄)	
お申し込み内容(複数選択可): [<input type="checkbox"/> 健康診断] [<input type="checkbox"/> 健康診断証明書] [<input type="checkbox"/> 所定の書式(日本語・英語)] [<input type="checkbox"/> 当院書式(日本語・英語)] [<input type="checkbox"/> 予防接種] [<input type="checkbox"/> 予防接種証明書] [<input type="checkbox"/> 所定の書式(日本語・英語)] [<input type="checkbox"/> 当院書式(日本語・英語)] [<input type="checkbox"/> イエローブック(WHOワクチン接種記録手帳)] [<input type="checkbox"/> 英文診断書または英文紹介状] [<input type="checkbox"/> 英文出生証明書] [<input type="checkbox"/> その他()]		
渡航先国名:	出発予定日:	年 月 日
渡航目的: <input type="checkbox"/> 仕事(本人) <input type="checkbox"/> 仕事(家族) <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 移住 <input type="checkbox"/> その他()		

※注意事項※

- 健康診断、予防接種で受診される場合、未成年の方には保護者の同伴が必要となります。
- 当院で作成した紹介状は封をした状態でお渡しとなります。ご本人様用控えのお渡しは行っておりません。
- 文書作成には2~4週間のお時間を頂いております。
- MMR、髄膜炎(国産のみご用意可能)、T-dap、黄熱病、腸チフス、その他輸入予防接種液は取扱いがございません。

書類受取り署名: お名前 日付: 年 月 日

東京衛生アドベンチスト病院 / 東京衛生アドベンチスト病院附属教会通りクリニック
診療情報課 渡航担当

TEL: 03-3392-6151(代表) E-mail: m-secretary@tokyoeisei.com