

英文薬剤証明書 申し込みFAX用紙

本紙にご記入の上、当社までFAXしてください(03-5414-7166)

申込日 年 月 日

英文薬剤証明書 原本 通 コピー 通 処方箋を添えて申し込みます。

ふりがな 氏名				○で囲んでください 男・女
パスポート記載 ローマ字氏名				
ふりがな 住所	〒			—
生年月日	大・昭・平	年 (西暦	年)	年齢
	月	日		才
連絡先	Tel		Fax	
	E-mail			
旅行日程	年 月 日		～	年 月 日
旅行先				
薬剤の種類	()種類			
病名				
主治医	ふりがな 氏名			
	所属			
	連絡先	Tel		
連絡欄				
.....				
.....				

☆現在服用中の薬剤の処方箋または内容明細(本人の名前および日付が印字されているもの)を、この用紙と一緒に郵送またはFAXにて旅の医学社までお送りください。

☆薬剤により医師の診断書が必要となる場合があります。

☆到着後約10日でお手元にお送りいたします。

☆原本は2通目から1通3,240円、コピーは2枚まで無料です。

☆料金は1通6,480(税込)です。下記宛てにお振込ください。

※ただし、薬剤が15～19種類の場合、料金が2割増、20～29種類の場合3割増となります。30種類を超える場合や複雑な場合は事前にご相談ください。

※トラベルカルテ(英文診断書)をお申し込みの場合は半額(3,240円)となります。

三井住友銀行青山支店 普通 1548434 旅の医学社

(株)旅の医学社 東京都渋谷区千駄ヶ谷 1-20-3-203 TEL03-5414-7100