

英文薬剤証明書申し込みFAX用紙

本紙にご記入のうえ当社まで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 月 日 年)	年齢	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3,300円、コピーは2枚まで無料です。

☆料金は1通6,600(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(3,300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 TEL 03-5414-7100