

親子健康手帳 申請書

申請日： 年 月 日

1. 申請者氏名（戸籍通りの表記）： _____

2. 申請者住所（英語表記）： _____

3. 当館から連絡できる電話番号： _____

4. Eメールアドレス： _____

5. 在留届提出日： _____ 年 _____ 月 _____ 頃

6. 出産（予定）日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

7. 担当主治医氏名： _____

8. 医療機関名（英語表記）： _____

9. 医療機関住所（英語表記）： _____

10. 医療機関電話番号： _____

* 注意事項 *

- ・この申請書と一緒に、日本国籍証明と現住所証明になる書類を事前に提出してください。
- ・郵便受け取りをご希望の方は、6ドル10セント分の切手もお送りください。
- ・郵便受け取りをご希望の方は、在庫数に限りがありますので、必ず事前に当館に電話かEメールで確認のうえ申請書等をお送りください。
- ・郵送時の紛失等に関し、当館では責任を負えませんのであらかじめご了承ください。

* 連絡先・申請先 *

住所： Consulate General of Japan Attn: Consular Section

601 Union St, Suite 500, Seattle, WA 98101

窓口時間：午前9時～11時30分、午後1時～4時30分（月～金、祝祭日を除く）

電話： 206-682-9107 内線120

電話受付時間：午前9時～正午、午後1時～5時（月～金、祝祭日を除く）

Eメールアドレス： consul@se.mofa.go.jp

FAX番号： 206-812-5972（領事班直通）