

トランスビューティ- 行

■ 申込FAX : 03-3792-0044

下記の内容を必ずご記入の上ご送信下さい。

氏名	フリガナ		申込日 年 月 日	
			電話番号 - -	
現住所	フリガナ		携帯電話番号 - -	
※パスポート 記載用英文 (ローマ字活字の 大文字)	姓(LAST NAME)		名(FIRST NAME)	
	国籍			
◎既婚者の方: <input type="checkbox"/> 旧姓のまま使う <input type="checkbox"/> 新姓にして使う <input type="checkbox"/> 新姓に変更済み				
パスポート	No.		有効期限 年 月 日	
年齢	西暦 年 月 日 才		男性 ・ 女性 職業	
メールアドレス	パソコン		携帯	
留守中連絡先 氏名	フリガナ		続柄	
			電話番号 - -	
住所	フリガナ		携帯電話番号 - -	
施術希望箇所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 戸籍変更を希望している Yes ・ No ・ 1年以上新しい性での生活 (容姿) Yes ・ No ・ 2年以上現在の性に違和感がある Yes ・ No ・ 1年以上ホルモン投与を受けている Yes ・ No ・ 現在の生殖器に違和感を感じる Yes ・ No ・ 精神科/セラピストに通院している Yes ・ No ・ 血液型 A ・ B ・ O ・ AB /RH + ・ - 			
ご質問やご希望など				
アレルギー	無 ・ 有 (既往症 / 使用している薬品など)			
ホルモン歴	年 ヵ月	身長 cm	体重 kg	喫煙 無 ・ 有 (期間 年/1日 本)
GID診断書	無 ・ 有	英文推薦状	無 ・ 有 (取得病院 / 取得日)	
渡航直前までに 必要な事前検査 (渡航前3ヵ月以内)	HIV検査 陰性 ・ 陽性 / 現在		梅毒検査 陰性 ・ 陽性 / 現在	
	HCV検査 陰性 ・ 陽性 / 現在		染色体検査 <small>※既に染色体検査を終えられている場合は、その検査会社の公的な控えを提出してください。まだ一度も検査が済んでおられない方は検査が必要となります。</small>	
	HBV検査 陰性 ・ 陽性 / 現在			
ご出発希望日	第一希望	第二希望	ご帰国希望日	第一希望 第二希望

※パスポート記載どおり、正確にご記入下さい。万が一パスポートのお名前とご予約のお名前が違っていると飛行機にご搭乗できません。

FAX到着後、ご確認のご連絡を差し上げます。その後本契約書をご発送いたします。
ご不明の点は TEL 03-3792-0015 または E-mail : info@transbeauty.jp までお問い合わせ下さい。