## 出生証明書 (翻訳)

ての歴史	子の氏名:	体重:			
子の性別	丁の八石・				
1. 男					
2. 女		グラム			
双子以上	1. 双子	出産順位			
の場合	2. 三つ子	1. 第一子			
<i>~</i> –	3. 四つ子以上	2. 第二子			
	(・ つ子)	3. 第三子 4.第四子以後 ( )			
出生の年月日		午前			
時 分	平成 年 月	日 時 分			
		午後			
出生の場所:	カナダ国ブリティッシ	ュコロンビア州			
1					
   及びその種別・	1.病院 2.診療所	3.助産所 4.自宅 5.その他			
人のことの作品がする	T-1/1/1/20 7-12/1/2/1/1				
	1.2.3.の名称:				
妊娠週数及び	妊娠週数	母の氏名:			
母の氏名					
	満週				
この母の出産 出生子 (この出生子及び出生後死亡した子を含む) 人					
した子の数 妊娠満20週(妊娠第6月)以降の死産児 人					
上記の子が上記の日時場所で出生したことを証明する。					
The state of the s					
1. 医師 ( ) 2. 助産婦 ( )					
住所:カナダ国ブリティッシュコロンビア州					
er. b					
氏名:	(氏名表記は氏 , 名の順で記載)	<del></del>			
		年 月 日			

翻訳者氏名:

## BIRTH CERTIFICATE

SEX OF CHILD: NAME:			WEIGHT:		
1. Male ( )					
2.Female ( )   IN CASE OF MULTIPLE BIRTHS:		RDER (applies only in ca	se of multiple births):		
1. Twins ( ) 2. Triplets ( )	1. First box	rn ( )	ļ		
2 Ouadruplete ( ) 4	3. Third bo	orn ( ) 4	born		
DATE AND TIME OF BIRTH:	1010/	And the second s			
DATE AND TIME OF BIRTH.			a.m.		
YEAR MC	NTH DAY		p.m.		
PLACE OF BIRTH: 1. HOSPITAL ( ) 2. CLINIC ( ) 3. MIDWIFE CENTRE ( )					
4. HOME ( ) 5. OTHERS ( )					
NAME OF ABOVE:					
ADDRESS:					
ADDRESS: (No.)	(Street)				
(Cit	у)	(Province)			
PREGNANCY DURATION:	MOTHER'S FUL	L NAME:			
Completed weeks					
NUMBER OF CHILDREN BORN TO THIS MOTHER:  1. NUMBER OF LIVE BIRTHS (including this birth):					
2. NUMBER OF STILLBORN (after 6 months' pregnancy):					
-		<u>.</u>	TOTAL		
I CERTIFY THAT THE ABOVE MENTIONED CHILD WAS BORN AT ABOVE DATE, TIME, AND					
PLACE.					
1. PHYSICIAN ( ) 2. MIDWIFE ( ) 3. OTHER ( ) ADDRESS:					
ADDITESS.					
	Drint nor	mo in full:			
SIGNATURE:Print name in full:					
DATE SIGNED:					
1					