CERTIFICATE OF BIRTH

Sex: M	ale /	Female		3.	Weight:		Grams	
Time and D	ate of Birth:		/		/	/	:	
		(Month))	(Day)		(Year)	(Time)	
Place of Bi	rth: (Name of F	Hospital)						
			(Complet	e street address	s)	ONTARIO,	CANADA	
(Rorou	gh, City, Town,	Village)				or (mado,		
		village)						
Mother's na	me							
I here	by certify th	at the aforem	entioned c	hild was bo	orn at the l	nour and on the dat	te stated above.	
	(Date)			(Physician's signat				
	(Date)					(Physician's signatu	ıre)	
 .	(Date)	—				(Physician's signatu	ire)	
·· — ·	(Date)			··· ·		(Physician's signatu	nre)	- –
· · — ·	(Date)		— · — <u>出生記</u>	·· — ·	— · - (<u>訳文)</u>	(Prlysician's signatu	rre)	
・・ ・ 出生子のほ					— · - (訳文)	(Physician's signatu	ire)	- —
・・ ・ 出生子のE	— · — 氏名:					(Physician's signatu		· -
мпи					一·· (訳文) 重:	(Physician's signatu	rre) ・ ・ グラム	
性別:	— · — 氏名:	女						· -
性別: 出生年月日	 男 / 	女		3. 体	重:		グラム	
性別:	 男 / 	女		3. 体	重:		グラム	
性別: 出生年月日	一 . 男 / 日及び時刻:	女	年	3. 体	重:		グラム	
性別: 出生年月日 出生場所:	一 . 男 / 日及び時刻:	女	年	3. 体	重:		グラム	
性別: 出生年月日 出生場所:	一 . 男 / 日及び時刻:	女	年	3. 体	重:		グラム	
性別: 出生年月日 出生場所: (住所) カラ	一 . 男 / 日及び時刻:	女	年	3. 体	重:		グラム	
性別: 出生年月日 出生場所:	一 . 男 / 日及び時刻:	女	年	3. 体	重:		グラム	
性別: 出生年月日 出生場所: (住所) カラ	一 . 男 / 日及び時刻:	女	年	3. 体	重:		グラム	
性別: 出生年月日 出生場所: (住所) カラ	一 . 男 / 日及び時刻:	女	年	3. 体	重:		グラム	
性別: 出生年月日 出生場所: (住所) カラ	 男 / 3及び時刻: (病院名) →ダ国	女 平成 オンタ	サオ州	3. 体	重:		グラム	

(翻訳者 氏名)