

## Authorization Form

委任状

Date: (M/D/Y) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
記入日 (月/日/年)

I, \_\_\_\_\_ hereby request and authorize the following individual to apply for and/or receive my medical certificate and/or other documents.

私 \_\_\_\_\_ は、下記の者を代理人と認め、診断書または他の書類の申し込み・受け取りを委任します。

Representative Name \_\_\_\_\_

代理人氏名

Current Address \_\_\_\_\_

現住所

Telephone Number \_\_\_\_\_

連絡先

**\*The representative's personal ID, such as driver's license, insurance card, residence card or passport, has to be presented in order to confirm the information.**

代理人の方には、上記の情報を確認するため、免許証、保険証、住民カードやパスポート等の身分証明書をご呈示いただきます。

Patient Name \_\_\_\_\_

患者氏名

Signature \_\_\_\_\_

署名

Current Address \_\_\_\_\_

現住所

Telephone Number \_\_\_\_\_

連絡先

**\*Only the original form can be accepted.**

原本のみ有効です。

**\*We will not accept this authorization form after 3 months or longer from the date signed.**

記入日より3ヶ月以上経過したものにつきましては、受理致しかねます。