記入方法 / Instructions

1. 患者様ご自身が、黒または青のボールペンではっきりとご記入ください。
   This form is to be completed by patient using black or blue ballpoint pen.
2. すべての項目の記入が必要です。
   All fields must be completed legibly.
3. 本状は、委任対象となる日付の 1 度限り有効です。
   The form is valid only on the date specified below.
4. 当日は本状（コピー不可）、代理人の方の身分証明書、保険適用の場合は患者様ご本人の健康保険証を必ずお持ちください。
   Please bring this form (a copy will not be accepted), photo identification of the Representative, and Japanese health insurance card of the Patient (if covered by insurance).

委任状
Letter of Authorization

作成日 Date：_____

代理人情報 / Authorized Representative's Information

氏名 Name _____

住所 Address _____

生年月日 Date of Birth _____ **(YYYY/MM/DD)**

連絡先 Phone Number _____

東京ミッドタウンクリニック御中　To Tokyo Midtown Clinic

本委任状により、私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。
I hereby authorize above person to be my representative and to act on my behalf for the action(s) stated below.

委任事項 Authorized Action(s): 該当箇所にチェック check all that apply

☐処方箋の発行　Issue Prescriptions
　薬品名 Name of Medications （　　）
☐検査結果の説明　Release Examination Results
☐書類の受け取り Collect/Pick-up Documents
☐支払・精算　Pay Bill/Reimbursements
☐その他（具体的に） Other (please specify)

患者情報（委任者）/ Patient Information

患者 ID（診察券番号）(Patient　ID) _____

氏名（直筆）Name (Print / Signature) _____

住所 (Address) _____

生年月日 (Date of Birth) _____ (YYYY/MM/DD)

連絡先 (Phone Number) _____