

委任状

MA メディカル相談サービス (MA オンライン・セカンドオピニオンサービス及び医師への相談サービス)

サービス提供会社： 株式会社 アソシエイツ・ジャパン 殿

私(委任者名)は、本委任状の下記代理人に対して、提出資料や面談・相談内容にもとづき、オンライン・セカンドオピニオン面談や相談医師に私の病状に関する意見を述べることに同意いたします。

【受任者（代理人）】

- 氏名 ()
- 住所 ()
- 生年月日 ()
- 電話番号 ()
- 患者との関係 ()

■代理人の方は、健康保険証、運転免許証、パスポート等の身分証明書を提示していただく場合がございますので、予めご了承くださいませ。

■委任状は、ダウンロードしご記入の上、メールに添付送付か、FAX で送信ください。

【送付先】

メールアドレス：info@ma-medicalconsulting.com FAX：076-213-5552

受付日 (年 月 日)