

委托代理 授权书

MMA 医疗咨询服务 (MA 第二医疗意见在线服务及 MA 医生咨询服务)

服务提供者：株式会社Associates Japan Co.,Ltd. 貴公司

我（委托者姓名 _____）同意，本委托代理授权书的以下代理人，可根据提交材料、面谈・咨询内容，对第二医疗意见在线面谈或咨询医生阐述关于本人病状的意见。

【委托者（代理人）】

- 姓名（ _____ ）
- 地址（ _____ ）
- 出生日期（ _____ ）
- 电话号码（ _____ ）
- 与患者关系（ _____ ）

■必要时需代理人提交医疗保险卡，驾驶执照，或护照等身份证件，请给予理解。

■请下载并填写委托代理授权书，通过电子邮件添付或传真发送。

【邮寄地址】

电子邮件：info@ma-medicalconsulting.com 传真：076-213-5552

受理日期(_____ 年 _____ 月 _____ 日)