

**SAMPLE**

20●● 年 ● 月 ● 日

(Year/Month/Day)

東京外国語大学  
学長 殿

To: President of Tokyo University of Foreign Studies

個人情報の開示に関する同意書

Consent Form about Disclosure of Personal Information

私は、今般、東京外国語大学（以下「甲」という。）が契約する、日本エマージェンシーアシスタンス株式会社（以下「乙」という。）が提供する「インバウンド メディカル アシスタンスサービス」を利用するに際して、本サービスのメリットを最大限享受できるようにするため、本サービスの提供に際して乙が知り得た疾病やトラブルなどを含む私の個人情報を、甲の学生担当・担当者及び医療機関・保険会社等に適宜開示することに、予め同意します。尚、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I hereby authorize Emergency Assistance Japan Co., Ltd. (EAJ) to disclose my personal information that becomes known to EAJ including medical information and/or trouble information, to sections/persons in charge of the students affairs of Tokyo University of Foreign Studies and/or healthcare professionals, hospitals, clinics that provide medical care to me, and/or insurance companies that may assist me, and so on when I receive the "Inbound Medical Assistance Services" that EAJ provides in accordance with their contract with Tokyo University of Foreign Studies. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

氏名/Name: GAIDAI HANAKO

住所/Address: XXX-XXXX

zip code

XXXX XXXX XXXX XXXX

XXXX XXXX XXXX XXXX

Please write the full address without omission.

連絡先電話番号/Phone number: XXX-XXXX-XXXX

署名/Signature: Gaidai Hanako

Please make signature of the person or legal guardian by handwriting.

※必ずご本人/保護者が記入してください。

※The person or legal guardian should sign.

保護者が署名する場合

（私を代表する）保護者の名前 私との関係

Name of Next of Kin, Legal Guardian,

On my behalf

Relationship with me