

氏名	浅井 望	平成07年01月17日生
住所	安城市堀内町阿原9番地7	
交付	令和03年01月29日 10401	
2026年(令和08年)02月17日まで有効		
免許の 条件等	軽中型で運転できる準中型車(5t)に限り 眼鏡等	
優良	運転免許証	
番号	第 541500799531 号	
二種	令和00年00月00日	種 類
他	平成27年02月24日	種 類
二種	令和00年00月00日	種 類
		愛知県 公安委員会

健康保険 被保険者証	本人(被保険者)	00414514 平成29年4月14日交付
	記号 611	番号 2226
氏名	アサイ ノゾム 浅井 望	性別 男
生年月日	平成 7年 1月 17日	
資格取得年月日	平成 29年 4月 1日	
保険者番号	06134381	電話 03-3862-5101
保険者名称	東京化粧品健康保険組合	
保険者所在地	東京都台東区柳橋1丁目1番5号	

備考	

以下の部分を使用して臓器提供に関する意思を表示することができます(記入は自由です)。
記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植のために臓器を提供します。
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。
3. 私は、臓器を提供しません。

〈1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。〉

【心臓・肺・肝臓・腎(じん)臓・脾(すい)臓・小腸・眼球】

〔特記欄 : 〕	〈自筆署名〉	年	月	日
	〈署名年月日〉			

注意事項 保険医療機関等において診療を受けようとするときには、必ずこの証をその窓口で渡してください。

住所	
備考	

※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
3. 私は、臓器を提供しません。

〈1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。〉

【心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼球】

〔特記欄 : 〕	
署名年月日 : 年 月 日	
本人署名(自筆) : 家族署名(自筆) :	