

Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada

分子プロファイリングに関する同意説明文書（患者さん用） – ネバダ州



Please read carefully and discuss with your physician.

If you have questions, please contact Caris at CarisConsents@CarisLS.com or (888) 979-8669.

Email completed form to CarisConsents@CarisLS.com, or fax to 866-479-4925.

本文書をよくお読みいただき、担当医師とご相談ください。

ご質問がある場合は、Caris社に電子メール（CarisConsents@CarisLS.com）またはお電話〔（888）979-8669〕でお問い合わせください。

記入済みのフォームは、電子メール（CarisConsents@CarisLS.com）またはファックス（866-479-4925）で送付してください。

TEST INFORMATION 検査情報

Test Purpose, Sample Collection, and Results

検査の目的、検体採取および結果

Molecular profiling from Caris Life Sciences® (Caris) assesses cancer markers found in your tumor or blood to help your health care team develop a treatment plan that is specific to you. As part of your testing, your blood sample(s) and/or tumor sample(s) will be sent to Caris, where your sample, and DNA and RNA extracted from your sample, will be analyzed, producing genomic information. Caris will report your test results to the physician who ordered your test and to other health care providers requested by your treatment team. Test results may indicate that the markers being tested for are or are not present in your sample and may identify other characteristics of your cancer. Your test results are available from your physician, or from Caris upon written request as allowed by law.

Caris Life Sciences® (Caris社) の分子プロファイリングでは、あなたの腫瘍や血液にあるがんマーカーを評価します。これは医療チームがあなたに適した治療計画を立てるのに役立ちます。検査の一環として、あなたの血液検体や腫瘍検体がCaris社に送付され、そこであなたの検体やそこから抽出されたDNAとRNAの分析を行って、ゲノム情報を作成します。Caris社は、あなたの検査結果を、検査を指示した医師のほか、治療チームから要請された医療従事者にも報告します。検査の結果により、検査対象のマーカーがあなたの検体中に存在するかどうかを示されます。また、あなたのがんについて、その他の特徴が明らかにされる可能性もあります。あなたの検査結果は担当医師から伝えられますが、書面で要求された場合、法律に従ってCaris社から伝えられることもあります。

For blood-based profiling (Caris Assure), you and your doctor each have the opportunity to opt-out from receiving reports of heritable (from your family) genetic information. Your doctor may have opted-out of this reporting as part of your test order. If you would like to opt-out of heritable reporting of genetic information, please check the following box:

血液によるプロファイリング (Caris Assure) については、あなた自身と担当医師のそれぞれが、遺伝性の (家族から伝わる) 遺伝子情報に関する報告を受け取らないことを選択できます。担当医師が、検査オーダーのなかでこの報告を受け取らないことを選択している場合があります。遺伝性の遺伝子情報に関する報告を受け取りたくない場合、下のボックスにチェックを入れてください。

I opt-out (do not want to receive) reporting of heritable genetic testing for cancer predisposition.¹

私は、がん易罹性の遺伝性の遺伝子情報に関する検査報告を受け取りません (受取りを希望しません)。¹

Blood Profiling Only: Unless you or your physician have opted-out of receiving reports of heritable genetic information, Caris Assure includes reporting of heritable (from your family) genetic information, which can provide information about whether your cancer is driven by an inherited DNA variant and your risk of developing other types of cancer. These results may reveal additional information about you or your family that is unexpected, and your testing results may have implications for your family members. In some cases, your physician may recommend further testing to clarify those results. You may wish to obtain genetic counseling before consenting to the test. If you provide a blood sample for your test, and you or your physician have not opted-out of receiving reports of heritable genetic information, your germline/ hereditary test results may include:

血液プロファイリングのみ: あなたまたはあなたの担当医師が遺伝性の遺伝子情報に関する報告を受け取らないことを選択した場合を除き、Caris Assureには遺伝性の (家族から伝わる) 遺伝子情報の報告が含まれます。この遺伝子情報から、あなたのがんが遺伝性のDNA変異体によって引き起こされているかどうか、および他の種類のがんを発症するリスクに関する情報が明らかになる可能性があります。こうした検査結果から、あなたやあなたのご家族に関して、その他の予期せぬ情報が明らかになる可能性があります。また、あなたの検査結果がご家族に影響を及ぼす可能性もあります。場合によっては、さらに詳しく調べるために、担当医師から追加の検査を勧められることがあります。検査に同意する前に遺伝カウンセリングを受けていただくことも可能です。検査のために血液検体を提供し、あなたまたはあなたの担当医師が遺伝性の遺伝子情報の報告を受け取らない選択をしていない場合、生殖細胞系/ 遺伝子検査の結果には以下の内容が含まれることがあります。

Positive: A positive result may indicate that you are a carrier of, predisposed to, or have the specific disease or condition being tested for. If you receive a positive result, you may wish to talk to your physician or a genetic counselor. You or your family members may be referred by your physician for additional or confirmatory testing.

陽性: 「陽性」は、検査対象の特定の疾患や病態がある、そのキャリアである、または罹患しやすい傾向があることを示している可能性があります。結果が陽性であった場合は、担当医師または遺伝カウンセラーにご相談ください。担当医師から、あなたやあなたのご家族に、追加の検査や確定検査を紹介することも可能です。

Negative: A negative result indicates that no disease-causing variant was identified in the test performed. However, a negative result does not guarantee that you and your family are free from genetic disorders or other medical conditions, and additional information may become available in the future that could impact the interpretation of your test results. However, Caris is not obligated to update, revisit or later re-evaluate the results of the tests after those results have been made available to your physician.

Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 2)



分子プロファイリングに関する同意説明文書（患者さん用）

陰性:「陰性」は、検査の結果、疾患の原因となる変異が特定されなかったことを示します。ただし、陰性の結果は、あなたとあなたのご家族に遺伝性疾患やその他の病態がないことを保証するものではなく、将来的に、あなたの検査結果の解釈に影響を与えかねない追加情報が明らかになることも考えられます。そのような場合でも、検査結果が担当医師に提供された後、その結果を更新、再確認、または後日再評価する義務は、Caris社にはありません。

Benefits, Risks, and Limitations of Genomic Testing

ゲノム検査の利益、リスクおよび限界

Benefits of the test may include: (i) more information to make healthcare decisions for yourself and your family members; and (ii) potential enrollment in research studies. Risks of the test may include: (i) anxiety about the testing; (ii) mild discomfort when providing your tissue or blood sample; (iii) discrimination based on your test results (while certain federal and state laws provide some protections against genetic discrimination, these laws do not apply in all situations. You can visit www.genome.gov/10002328 for information about the Genetic Nondiscrimination Act, a federal law that protects genetic information); and (iv) loss of confidentiality due to unauthorized access to your personal information (Caris implements reasonable safeguards to protect your personal information but cannot guarantee the confidentiality of this information). Limitations: Caris makes no guarantee or warranty that its genomic test(s) detect all genomic mutations and all carriers of a condition. Genetic variation that are not associated with the purpose of testing may not be reported with your test results.

この検査を受けることの利益として、(i) あなたとあなたのご家族の医療に関する意思決定を行うための詳細な情報が得られること、(ii) 治験への登録の可能性、などが挙げられます。検査のリスクには、(i) 検査に対する不安、(ii) 組織または血液検体を採取する際の軽度の不快感、(iii) 検査結果に基づく差別(特定の連邦法および州法では遺伝子差別に対する保護が規定されていますが、これらの法律はすべての状況に適用されるわけではありません。遺伝情報を保護する連邦法である遺伝情報差別禁止法に関する情報については、www.genome.gov/10002328をご参照ください)、(iv) あなたの個人情報への不正アクセスによる情報漏洩(Caris社はあなたの個人情報を保護するための合理的な保護措置を講じていますが、個人情報の完全な保護を保証することはできません)、などがあります。検査の限界: Caris社が実施するゲノム検査は、あらゆるゲノム変異や疾患のキャリアについて、すべて検出することをお約束、または保証するものではありません。検査の目的とは関係のない遺伝子変異は、検査結果として報告されない場合があります。

Confidentiality, Sample/Data Retention, Use, and Sharing

機密性、検体/データの保持、使用および共有

You have the right to confidential treatment of your sample(s), genomic information, and other health data in accordance with applicable law. The physician who ordered your test, their staff and affiliates, and third parties as your physician requests may have access to your sample and test results. Caris personnel and others working for Caris may receive your sample, perform testing or have access to your health data and test results. Caris may store, use, and disclose your sample(s), genomic information, and other health data, both internally and to third parties, as permitted by law for regulatory compliance purposes, reimbursement purposes, quality assurance or improvement, operational activities, validation studies, research, product development, or in publications. Caris may also use your information to identify and contact your physician about clinical trials or other research opportunities. Your samples and data will be stored indefinitely. Caris will de-identify or anonymize the sample(s), genomic information, and other health data to the extent required by law. Third parties that may receive your sample(s), genomic information, and other health data may include non-profit, commercial, or governmental entities such as academic researchers, universities, hospitals, laboratories, and life science, insurance, pharmaceutical, and other companies. If these activities result in commercial products or compensation of any sort, proceeds will not be shared with you or your family, even if your sample(s), genomic information, and other health data are used. You can learn more about Caris's privacy practices, including information about how de-identified sample(s), genomic information, and other health data may be commercially used and shared in or out of the United States, by visiting www.CarisLifeSciences.com/privacy-us.

あなたには、あなたの検体、ゲノム情報、およびその他の医療データを、適用法に従って機密扱いとする権利があります。あなたの検査を依頼した医師、そのスタッフおよび関係者、ならびにあなたの担当医の要請に応じて第三者が、あなたの検体を扱ったり、検査結果を閲覧したりすることがあります。Caris社のスタッフおよびCaris社の関連会社のスタッフが、あなたの検体を受け取ったり、検査を行ったり、あなたの医療データや検査結果を閲覧したりすることも考えられます。Caris社は、法律に従い、規制遵守、償還、品質保証または改善、業務活動、バリデーション試験、研究、製品開発の目的で、または出版物において、あなたの検体、ゲノム情報およびその他の医療データを社内や第三者機関にて保管・使用・開示することがあります。またCaris社は、あなたの情報からあなたの担当医を特定し、臨床試験やその他の研究の機会について、連絡をとらせていただく場合もあります。あなたの検体とデータは無期限に保管されます。Caris社は、法律で要求される範囲内で、検体、ゲノム情報、およびその他の医療データを匿名化します。あなたの検体、ゲノム情報、およびその他の医療データの送付先として考えられる第三者機関として、学術研究者、大学、病院、検査機関、ライフサイエンス企業、保険会社、製薬会社、その他の企業といった、非営利団体、商業団体、または政府機関が挙げられます。これらの団体の活動が市販製品や何らかの補償につながった場合、あなたの検体やゲノム情報、その他の医療データが使用されていたとしても、その利益があなたやあなたのご家族と共有されることはありません。匿名化された検体、ゲノム情報、およびその他の医療データの米国内外における商業的使用および共有方法に関する情報など、Caris社のプライバシーポリシーの詳細は、以下のURLからご確認いただけます。www.CarisLifeSciences.com/privacy-us

¹ Certain pharmacogenomic results that are not associated with cancer predisposition may be reported even if this box is checked.

¹ このボックスがチェックされている場合でも、がん易罹性に関連しない特定のファーマコゲノミクス結果が報告される可能性があります。

Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 3)



分子プロファイリングに関する同意説明文書（患者さん用）

– ネバダ州 (3ページ)

PATIENT CONSENT 患者さんの同意

By signing below:

本文書への署名により、以下を確認します。

I acknowledge that I have read and understand the information provided in this form, discussed the reliability of positive or negative test results and the level of certainty that a positive test result for a disease or condition serves as a predictor of such disease or condition with my physician, and received an opportunity to ask questions, which have been answered to my satisfaction. I voluntarily consent to performance of the test by Caris and to the collection, use, retention, maintenance, and disclosure of my sample(s), genomic information, and other health data as described in this form, including to contact me about potential research opportunities for which I may be eligible. I understand and authorize Caris to obtain payment for testing, authorize Caris to act on my behalf regarding the determination, denial and/or any necessary appeal relating to coverage of the services provided by Caris, and I assign all health insurance benefits and reimbursement under my health insurance plan (including Medicare and Medicaid) to Caris. In the event that I do not have insurance, I understand Caris Billing will reach out to me to discuss financial assistance options, and I understand if I do not qualify, I will be invoiced for the test. I authorize Caris and third-party payors to release any of my protected health information for the purpose of resolving my claim and/or appeal. I understand that I may contact Caris at any time to revoke my consent to the retention of my sample(s), genomic information, and other health data. However, my revocation will not have any effect on the following: (i) any sample(s), genomic information, and other health data that has been de-identified and cannot be readily traced back to me; (ii) any use or sharing of sample(s), genomic information, and other health data that has already occurred, or (iii) to the extent Caris must retain the sample(s), genomic information, and other health data to comply with applicable law. I consent and authorize Caris (and its agents, contractors and others acting on its behalf) to place calls or send text messages to me, including those involving a pre-recorded or artificial voice, or placed using any kind of automatic telephone dialing system or other automated system for placing calls or sending texts, to any of the numbers I or my physician provide to Caris. If I am signing on behalf of the patient, I further certify that I have legal authority to consent on behalf of the patient.

私は、この文書に記載されている情報を読み、理解しました。また、陽性または陰性の検査結果はどの程度信頼性できるか、疾患または症状に関する検査結果が陽性であった場合にそうした疾患または症状をどの程度正確に予測できるかについて医師と話し合い、質問する機会を与えられ、満足のいく回答を得ました。私は、自由意思により、Caris社が実施する検査、ならびに私の検体、ゲノム情報、およびこの文書に記載されているその他の健康データが収集、使用、保持、維持および開示されることに同意します（これには、私が適格となり得る研究があった場合に私に連絡することも含まれます）。私は、Caris社が検査に対する支払いを受けることを理解し、許可します。また、Caris社が提供するサービスの補償に関する決定、拒否および/または必要な申し立てについて、Caris社が私に代わって実行することを許可し、私の健康保険制度（メディケアおよびメディケイドを含む）に基づくすべての健康保険給付および払い戻しをCarisに譲渡します。保険に加入していない場合、私は、経済的支援の選択肢について相談するため、Caris Billingから連絡があることを理解しています。また、支援の対象とならない場合には、私に検査費用が請求されることも理解しています。私は、Caris社および第三者支払者が、私の請求および/または申し立てを解決する目的で、私の保護された健康情報を開示することを許可します。私は、私の検体、ゲノム情報、およびその他の医療データの保管に対する同意を撤回したい場合、いつでもCaris社に連絡できることを理解しています。ただし、(i) 検体、ゲノム情報、およびその他の医療データが匿名化済みで、容易に私を追跡できない場合、(ii) 検体、ゲノム情報、およびその他の医療データが既に使用または共有されている場合、または (iii) 適用法を遵守するためにCaris社が検体、ゲノム情報、およびその他の医療データを保持しなければならない場合はその範囲内において、この同意の撤回による影響を受けないものとします。私は、Caris社（およびその代理店、業務受託者、Caris社に代わって活動するその他の担当者）が私に電話をかけたか、テキストメッセージを送信したりすること、例えば、私または私の担当医師がCaris社に提供する任意の番号に対し、録音済みの音声または人工音声を用いて、または何らかの自動電話ダイヤルシステムもしくはその他の自動システムを使用して行われる、電話やテキストメッセージの送信などに同意し、これを許可します。患者さんの代理人が署名する場合：本人に代わって同意する法的権限があることをここに証明します。

NEVADA CONSENT FOR OBTAINING, RETAINING OR DISCLOSING GENETIC INFORMATION

ネバダ州における遺伝情報の取得、保持または開示に対する同意

As used in this document, “genetic information” means any information that is obtained from a genetic test.

本文書で使用される「遺伝情報」とは、遺伝子検査から得られた情報を意味します。

1. I understand that no insurer or corporation that provides health insurance, carrier serving small employers or health maintenance organization may: (a) require me or any member of my family to take a genetic test; (b) require me to disclose whether I or any member of my family has taken a genetic test; (c) request my genetic information or the genetic information of a member of my family; or (d) determine the rates or any other aspect of the coverage or benefits for health care for me or my family based on whether I or any member of my family has taken a genetic test or based on my genetic information or the genetic information of any member of my family.
1. 私は、医療保険を提供する保険会社や企業、小規模雇用主にサービスを提供する保険会社または健康維持機関に対して、以下が許可されていないことを理解しています。(a) 私または私の家族に遺伝子検査を受けるよう求めること。(b) 私または私の家族が遺伝子検査を受けたかどうかを開示するよう私に要請すること。(c) 私の遺伝情報または私の家族の遺伝情報を要求すること。(d) 私または私の家族が遺伝子検査を受けたかどうか、または私の遺伝情報または私の家族の遺伝情報に基づいて、私または私の家族の医療ケアの補償範囲または給付金の等級またはその他の側面を決定すること。

Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 4)



分子プロファイリングに関する同意説明文書（患者さん用）

– ネバダ州 (4ページ)

2. I also understand that:

2. 私は、以下についても理解しました。

- (a) I have the right to receive the results of a genetic test, in writing, within 10 working days after the person conducting the test has received the results. The written results must indicate that, except as otherwise provided in Chapter 629 of the Nevada Revised Statutes, my genetic information may not be obtained, retained or disclosed without first obtaining my informed consent.
- (a) 私には、遺伝子検査の結果を、その検査担当者が受領してから10営業日以内に書面で受け取る権利があること。書面による結果には、ネバダ州改正法の第629章に別段の定めがある場合を除き、先に私の同意を得ることなく、私の遺伝情報を取得、保持、または開示することが許可されない旨が示されていないなければならないこと。
- (b) It is unlawful for a person or entity to obtain my genetic information without my informed consent, unless the information is obtained:
- (1) by a federal, state, county or city law enforcement agency to establish the identity of a person or a dead human body; (2) to determine the parentage or identity of a person in certain circumstances; (3) to determine the paternity of a person in certain circumstances; (4) for use in a study where the identities of the persons from whom the genetic information is obtained are not disclosed to the person conducting the study; (5) to determine the presence of certain inheritable disorders in an infant in certain circumstances; or (6) Pursuant to an order of a court of competent jurisdiction.
- (b) 以下の場合を除き、個人または団体が、私の同意なしに私の遺伝情報を得ることが違法であること。
- (1) 連邦、州、郡または市の法執行機関が、個人または死亡した人体の身元を明らかにするために情報を入手する場合、(2) 特定の状況下で個人の親子関係または身元を特定する必要がある場合、(3) 特定の状況下で個人の父子関係を判断する必要がある場合、(4) 遺伝情報の入手元である個人の身元が研究の実施者に開示されない研究で使用する場合、(5) 特定の状況下で、乳児における特定の遺伝性疾患の有無を判断する必要がある場合、(6) 管轄裁判所の命令に従う必要がある場合。
- (c) It is unlawful for a person to retain genetic information that identifies me without first obtaining my informed consent, unless retention of the genetic information is: (1) necessary to conduct a criminal investigation, an investigation concerning the death of a person or a criminal or juvenile proceeding; (2) authorized pursuant to an order of a court of competent jurisdiction; or (3) necessary for certain medical facilities to maintain my medical records.
- (c) 以下の理由により遺伝情報の保持が必要な場合を除き、先に私の同意を得ることなく、個人が私を特定する遺伝情報を保持することが違法であること。(1) 犯罪捜査の実施、人の死亡に関する調査、犯罪または少年訴訟手続きの実施に必要である場合、(2) 管轄裁判所の命令に従って許可された場合、(3) 特定の医療施設が私の医療記録を管理するために必要な場合。
- (d) If I have authorized a person to retain my genetic information, I may request that the person destroy the genetic information. Such a person shall destroy the information, unless retention of the information is: (1) necessary to conduct a criminal investigation, an investigation concerning the death of a person or a criminal or juvenile proceeding; (2) authorized by an order of a court of competent jurisdiction; (3) necessary for certain medical facilities to maintain my medical records; or (4) authorized or required by state or federal law.
- (d) 私が、自身の遺伝情報を保持する権限をある人物に与えた場合、その人物に対し、その遺伝情報の破棄を要請する権利を有していること。この人物は、遺伝情報の保持が、(1) 犯罪捜査、人の死亡に関する調査、または犯罪もしくは少年訴訟手続きの実施に必要である場合、(2) 管轄裁判所の命令により許可された場合、(3) 特定の医療施設が私の医療記録を管理するために必要である場合、(4) 州法もしくは連邦法により許可または要求されている場合を除き、その遺伝情報を破棄するものとする。
- (e) Except as otherwise provided by federal law or regulation, a person who obtains my genetic information for use in a study shall destroy the information upon completion of the study or my withdrawal from the study, whichever occurs first, unless I authorize the person conducting the study to retain my genetic information after the study is completed or upon my withdrawal from the study.
- (e) 連邦法または規制に別段の定めがある場合を除き、研究のために私の遺伝情報を入手した人物は、研究の完了時または私が研究参加を辞退した時のいずれか早い方の時点で、その情報を破棄するものとされるが、私がこの人物に対して、研究の完了後または私が研究参加を辞退した後に私の遺伝情報を保持することを許可している場合はこの限りではないこと。
- (f) It is unlawful for a person to disclose or to compel another person to disclose my identity if I was the subject of a genetic test or to disclose to another person genetic information that allows the other person to identify me without first obtaining my informed consent, unless the information is disclosed: (1) to conduct a criminal investigation, an investigation concerning the death of a person or a criminal or juvenile proceeding; (2) to determine the parentage or identity of a person in certain circumstances; (3) to determine the paternity of a person in certain circumstances; (4) pursuant to an order of a court of competent jurisdiction; (5) by a physician after I am deceased and my genetic information will assist in the medical diagnosis of persons related to me by blood; (6) to a federal, state, county or city law enforcement agency to establish the identity of a person or dead human body; (7) to determine the presence of certain inheritable preventable disorders in an infant in certain circumstances; or (8) by an agency of criminal justice in certain circumstances.

Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 5)



分子プロファイリングに関する同意説明文書（患者さん用）

– ネバダ州 (5ページ)

(f) 先に私の同意を得ることなく、私の身元を開示することや他者に対して私の身元の開示を強制すること（私が遺伝子検査の対象であった場合）、または個人の特定が可能な遺伝情報を他者に開示することが違法であること。ただし、以下の場合は情報を開示する。(1) 犯罪捜査、人の死亡に関する調査、または犯罪もしくは少年訴訟手続きの実施に必要である場合、(2) 特定の状況下で個人の親子関係または身元を特定する必要がある場合、(3) 特定の状況下で個人の父子関係を判断する必要がある場合、(4) 管轄裁判所の命令に従って許可された場合、(5) 私の死亡後に医師によって実行され、私の遺伝情報が、私と血縁関係にある人物の医学的な診断に役立つ場合、(6) 連邦、州、郡または市の法執行機関に対して、個人または死亡した人体の身元を明らかにするために必要である場合、(7) 特定の状況下で、乳児における予防可能な特定の遺伝性疾患の有無を判断する必要がある場合、(8) 特定の状況下で刑事司法機関によって開示される場合。

I, _____ (name of person giving consent), hereby give my consent to Caris to obtain my genetic information;
私、_____ (同意者の氏名) は、私の遺伝情報をCaris社が取得することについて、ここに同意します。

I, _____ (name of person giving consent), hereby give my consent to Caris to retain my genetic information; and
私、_____ (同意者の氏名) は、私の遺伝情報をCaris社が保持することについて、ここに同意します。また、

I, _____ (name of person giving consent), hereby give my consent to Caris to disclose my genetic information to the health care provider who ordered my test at the address identified on the test requisition and to my health plan/insurance carrier and its authorized representatives as necessary for reimbursement purposes.

私、_____ (同意者の氏名) は、Caris社が、検査依頼書に明記された住所において私の検査を依頼した医療従事者、および払い戻しのために必要な場合には、私が加入する医療保険会社およびその権限を付与された代理人に対して、私の遺伝情報を開示することに同意します。

By signing below, I also acknowledge that I have read, understand, and agree to each statement on the preceding page of this form.

また、私は、以下に署名することにより、この文書に上述された各々の声明を読み、理解し、それに同意したことを言明します。

This consent document is valid until _____ (date of expiration). If no date is provided, this consent document will not expire.

この同意文書は _____ (有効期限) まで有効です。日付が記載されていない場合、この同意文書は失効しません。

If the person tested is unable to sign, please indicate the reason here: _____

検査対象者が署名できない場合は、ここに理由を記入してください: _____

Signature of consenting person or his or her legal representative: _____ Date: _____

同意者またはその代諾者の署名: _____ 日付: _____

Witness: _____ Date: _____

立会人: _____ 日付: _____