

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

代理委任状 または 新規代理委任状に伴う代理委任状の廃止 ならびに 通信用住所の変更 POWER OF ATTORNEY OR REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH A NEW POWER OF ATTORNEY AND CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS	Application Number		
	Filing Date		
	First Named Inventor		
	Attorney Docket No.		
	Art Unit		
	Examiner Name		
	Title		

私は、上記出願に関し、これまでに記載した全ての委任状を取り消します。

I hereby revoke all previous powers of attorney given in the above-identified application.

私は、代理委任状をここに提出します。
A Power of Attorney is submitted herewith.

あるいは OR

私は、上記出願および米国特許局とそれに関連するすべての事項を処理する、私または私た
ちの弁護士あるいは代理人として、以下の顧客番号に関連する弁護士を指名します。

I hereby appoint Practitioner(s) associated with the following Customer Number as my/our
attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all
business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

あるいは OR

私は、上記出願および米国特許局とそれに関連するすべての事項を処理する、私または私たちの弁護士あるいは代理人として、下記に名前
を挙げた弁護士を指名します。

I hereby appoint Practitioner(s) named below as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above,
and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

代理人の氏名 Practitioner(s) Name	登録番号 Registration Number	代理人の氏名 Practitioner(s) Name	登録番号 Registration Number

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

<p>上記出願の通信文書用住所を次の通りとします/変更します。 Please recognize or change the correspondence address for the above-identified application to:</p> <p><input type="checkbox"/> 上記顧客番号住所 The address associated with the above-mentioned Customer Number.</p> <p>あるいは OR</p> <p><input type="checkbox"/> 顧客番号住所 <input type="text"/> The address associated with Customer Number</p> <p>あるいは OR</p> <p><input type="checkbox"/> 弁護士事務所、あるいは個人の氏名 Firm or Individual Name</p>				
住所 Address				
市 City	州 State	郵便番号 Zip		
国名 Country				
電話番号 Telephone	電子メールアドレス レス Email			
<p>私は、 I am the:</p> <p><input type="checkbox"/> 出願人/発明者である。 Applicant/Inventor.</p> <p>あるいは OR</p> <p><input type="checkbox"/> 全利益の譲渡人である。37 CFR 3.71を参照のこと。 Assignee of record of the entire interest. See 37 CFR 3.71. Statement under 37 CFR 3.73(b) (Form PTO/SB/96) submitted herewith or filed on _____.</p>				
<p>申請者あるいは譲渡人の署名 SIGNATURE of Applicant or Assignee of Record</p>				
署名 Signature			日付 Date	
氏名 Name			電話番号 Telephone	
役職及び会社名 Title and Company				
<p>注: 発明者あるいは全利益の譲渡人、あるいはこれらの代理人の署名を記入してください。署名が1つ以上ある場合は、複数の用紙を提出してください*。 NOTE: Signatures of all the inventors or assignees of record of the entire interest or their representative(s) are required. Submit multiple forms if more than one signature is required, see below*.</p> <p><input type="checkbox"/> *提出用紙合計 _____ 枚 *Total of _____ forms are submitted.</p>				

POWER OF ATTORNEY OR REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH NEW POWER OF ATTORNEY AND CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS (Supplemental Sheet)		Attorney Docket No.	
Practitioner(s) Name	Registration Number	Practitioner(s) Name	Registration Number