委 任 状

中部地区医師会立

ぐしかわ看護専門学校長　殿

（代理人）

|  |  |
| --- | --- |
| 代理人住所 | 〒 |
| 代理人氏名  ※指節から代理の場合、  施設名・部署も記入 |  |
| 代理人携帯番号 |  |

上記の者を代理人とし、証明書の申請・発行手続き及び受領に関する一切の権限を委任致します。

（委任者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　委任日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 委任者住所 | 〒 |
| 学籍番号 |  |
| 委任者氏名 | 印 |
| 委任者携帯番号 |  |

注意事故

1. 委任状は全て委任者が記入してください。

2. 委任状の有効期限は委任日から1ヵ月以内とします。

3. 委任者の身分証明書のコピーもご提出ください。

4. 窓口に代理人が来校される場合は、代理人の身分証明書もご提示ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事務部長 | 確認者 |
|  |  |