

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 ※施設から代理の場合、 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・卒業年度	
委任者氏名	印
委任者携帯番号	

注意事項

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