様式第１号－個

委　　任　　状

浜松市医師会看護高等専修学校長　様

年　　月　　日

私は、次の者を代理人と定め、証明書の申請を委任いたします。

〈代理人〉

代理人	氏　　名	㊞
	生年月日	
	住　　所	
	電話番号	
	委任者との関係	

【委任理由】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〈委任者〉

委任する本人	氏　　名	㊞	
		旧　　姓	
	回生または学籍番号	第　　回生（学籍番号：　　）	
	生年月日		
	住　　所		
	電話番号		