

松阪看護専門学校長 様

委 任 状

令和 年 月 日

〔委任する人〕

氏 名	印
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生
住 所	
卒 業 年	平成・令和 年 月

私、次の者を代理人に定め、下記証明書の申請・取得手続きを委任いたします。

〔代理人〕

氏 名	印
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生
住 所	
委任者との関係	

〔申込証明書〕

卒 業 証 明 書	通
成 績 証 明 書	通
	通
	通

注 *必ず、委任する人が上記の枠内を全て記載してください。

*受け取りの際は、証明書記載氏名者の身分証明書の写し（運転免許証、健康保険証、パスポート等のいずれか）と、代理人自身を証明する身分証明書を提示してください。