委　任　状

新潟こども医療専門学校　学校長　様

年　　月　　日

（代理人）住所

氏名

生年月日　　昭和・平成・令和　　年　　月　　日生

私は、上記の者を代理人と定め、証明書の申請および受領について委任します。

（委任者）住所

氏名（本人自署）　　印

在籍時氏名（卒業後改姓した場合に記入）

生年月日　　昭和・平成・令和　　年　　月　　日生

電話番号　　（　　）

委任理由