

# 委任状

西暦 年 月 日

独立行政法人国立病院機構  
西埼玉中央病院附属看護学校長 殿

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

ふりがな 氏名	Ⓜ
委任人との関係	
住所	〒
自宅電話番号	
携帯電話番号	

委任理由

## 委任人

ふりがな 氏名	Ⓜ
ふりがな 旧氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
入学年月	西暦 年 月
卒業年月	西暦 年 月
住所	〒
自宅電話番号	
携帯電話番号	