

(西暦) 年 月 日

委任状

日本医療大学 御中

代理人

フリガナ		本人との 関係	
氏名	Ⓜ		
住所	〒 - 電話 () -		

私は上記の者を代理人と定め、個人情報に関する下記の権限を委任します。

ご本人

フリガナ		学籍番号	
氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日
住所	〒 - 電話 () -		
委任する 内容	該当項目にすべて✓を記入してください。 ※✓を記入した項目について (カッコ) 内も○で囲んでください。		
	申 込	<input type="checkbox"/> 証明書の窓口申込 <input type="checkbox"/> 証明書の郵送申込	
	受 取	<input type="checkbox"/> 証明書の窓口受取 <input type="checkbox"/> 証明書の郵送受取 (普通郵便・速達郵便)	

注意事項

1. 太枠内をご本人がすべてご記入ください。(学籍番号がご不明な場合は学籍番号欄のみ空白でも可。)
2. 未押印や記入漏れのあるものは無効になりますので、ご注意ください。シャチハタ印は不可です。
3. 委任状(本書)のみによる証明書申込はできません。申請書または申込書、身分証明書等と共にお申込ください。