

(西暦) 年 月 日

委任状

(卒業生用)

日本医療大学 御中

代理人

フリガナ		本人との 関係	
氏名	印		
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	(不明な場合は空欄可)
氏名	印	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	☐ 証明書の窓口申込 ☐ 証明書の郵送申込	
	受 取	☐ 証明書の窓口受取 ☐ 証明書の郵送受取 (普通郵便・速達郵便)	

注意事項

- 各太枠内を代理人・申請者ご本人がすべてご記入ください。(不明な場合、学籍番号欄のみ空白可。)
- 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。
- 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。