委　任　状

令和　　年　　月　　日

湘南医療福祉専門学校　学校長　殿

**【委任者（証明書発行依頼者）】**

住　　所　　〒　　　　－

　　　　　　　　県

電話番号　　　　　（　　　　　　　）

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、下記の者を代理人と認め、証明書発行申請に関する一切の事項を委任いたします。

**【代理人】**

住　　所　　〒　　　　－

　　　　　　　　県

電話番号　　　　　（　　　　　　　）

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

委任者との関係

**＊それぞれが直筆で記入をし、押印してください（同一筆跡、押印なしの場合は無効）**

**＊双方の身分証明書（コピー可）を提示または同封してください。身分証明書は証明書の　発行時に返却いたします。**