

(様式2)

委任状

令和 年 月 日

栃木県立衛生福祉大学校長 様

(証明を受ける者)

(ふりがな)

氏 名

(旧 姓)

生年月日

電話番号

次の者を私の代理人に選任し、証明書の申請及び受領に係る一切の権限を委任します。

(代理人)

住 所

氏 名

(本人との関係 :

)

※証明を受ける者の自署によること。

証明を受ける者の本人確認ができる書類(運転免許証・健康保険証・パスポート等の写し)
を添付すること。

提出の際は、代理人の運転免許証、健康保険証、パスポート等を提示願います。