**委　任　状**

　令和　　　　年　　　月　　　日

大垣市医師会准看護学校長　様

**申請者（卒業生等）**

住所

　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（旧姓：　　　　　　　　　）

　生年月日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

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

**代理人**

住所

　氏名

　申請者（卒業生等）との関係