**委　任　状**

**横浜歯科医療専門学校 学校長殿**

**＜代理人＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　　月　　　　　日生 |
| 住　所 | 〒　　　‐ |
| 電話番号 |  |
| 委任者との関係 |  |

私は上記の者に、この度の証明書発行申請に関する一切の件を委任します。

年　　　月　　　日

**＜委任者＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　　月　　　　　日生 |
| 住　所 | 〒　　　‐ |
| 電話番号 |  |

以上