

# 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