

独立行政法人国立病院機構

北海道医療センター附属札幌看護学校長 殿

委 任 状

私は、次の者を代理人と定め、証明書の申請を委任いたします。

(代理人)

代 理 人	氏 名		
	委任人との関係		
	住 所		
	電話番号		

(委任人)

委 任 す る 本 人	氏 名		
		旧 姓	
	生年月日	西 曆	年 月 日
	住 所		
	電話番号		