

代理 人 選 任 届

平成 年 月 日

苦小牧看護専門学校長 様

届 出 人

学 科 : 第1科・第2科・准看護学科

期・卒業年 : 期(年卒業)

氏 名 :

生年月日 : 昭和・平成 年 月 日
(電話番号 : - - -)

私は下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

記

1. 私の申請した証明書の受領に関すること。

代 理 人

住 所 :

氏 名 :

生年月日 :

届出人との関係 :