

委任状

令和 年 月 日

川崎医科大学附属高等学校長殿

【 代理人 】

氏 名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
現住所	〒 -
電話番号 (連絡先)	日中に連絡が取れる電話番号

記

私は、上記の者を代理人と定め、証明書の申請及び受領における一切の権限を委任いたします。

【 申請者(卒業生) 】

卒業年月	昭和・平成・令和 年 3 月
氏 名 (自 署)	(旧氏名)
生年月日	昭和・平成 年 月 日
現住所	〒 -
電話番号 (連絡先)	日中に連絡が取れる電話番号