

第2号様式

## 委任状

年 月 日

岐阜県健康福祉部医療福祉連携推進課長様

申請者（卒業生等）

住所

氏名（自署） (旧姓： )

生年月日 年 月 日

私は、次の者を私の代理人に選任し、証明書の申請・受領に係る一切の権限を委任します。

代理人

住所

氏名（自署）

申請者（卒業生等）との関係

（注）この様式は、年号等の所要の調整をすることができる。