

# 委任状

私 \_\_\_\_\_ (申込者本人) は、

\_\_\_\_\_ (受任者) を代理人と定め、下記の事項についての権限を委任致します。

## 1, 北里大学保健衛生専門学院に対する下記証明書の発行申込あるいは受取に関する事項

申込証明書	学業成績証明書	通
	卒業証明書	通
	単位履修証明書	通
	その他証明書	通

## 2, 上記に関して必要な、その他一切の事項

年 月 日

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

受任者 住 所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_

《注意》 ※必ず、委任者が上記のすべてを記載してください。

※受け取りの際は、証明書記載氏名者の身分証明書の写し（運転免許証、パスポート、健康保険証のいずれか）と代理人自身を証明する身分証明書を提示してください。

※健康保険法等の法律改正により、健康保険証を身分証明書として使用する場合には、保険者番号及び被保険者等記号・番号等の告知を求めることが禁止されました。については当該部分にマスキングを施した上で提出してください。