

聖マリアンナ医科大学長 殿

## 委任状

### ● 代理人

代理人	氏名	
	生年月日	和暦 年 月 日生
	住所	〒
	電話番号	
	委任者(本人)との関係	
	委任する内容	申込 ・ 受取 (※該当を○で囲む)

### ● 委任理由

---

---

---

上記、委任事項に相違ありません。

平成 年 月 日

### ● 委任者

委任する本人	氏名	
	(本人自署・押印)	⑩
	生年月日	和暦 年 月 日生
	住所	〒
	電話番号	

※本学使用欄(ご記入の必要はありません)

- 運転免許証 [            ] ■パスポート [            ]  
■健康保険証 [            ]  
■その他 [                            ]

受付