

年 月 日

浜松医科大学長 様

委 任 状

代理人	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日

私は、上記の者を代理人に選任し、学位記受領に関する一切の権限を委任します。

本 人 (委任者)	住 所	
	氏 名	印
	生年月日	年 月 日
	電話番号	*昼間連絡可能な番号を記入してください。

※委任状の内容はすべて、申請者本人（委任者）が記入してください。

※印は認印で結構ですが、朱肉を用いたものをご使用ください。（シャチハタ不可）

【個人情報の保護について】

ご本人の意思によるお申し込みであることを確認させていただくため、身分証明書等の提示や提出をお願いしております。取得した個人情報については、本手続き以外の目的では使用しません。