

# 委任状

令和 年 月 日

新横浜歯科衛生士・歯科技工専門学校

学校長 細井 紀雄 様

証明を必要とする者

現住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

を代理人と定め、下記の証明書に関する発行申請、及び受領を委任  
します。