様式２

独立行政法人国立病院機構
北海道医療センター附属札幌看護学校長　殿

委　任　状

私は、次の者を代理人と定め、証明書の申請を委任いたします。

（代理人）

代理人	氏　　名	
	本人との関係	
	住　　所	
	電話番号	

（本人）

本人	氏　　名		
		旧　姓	
	生年月日	西暦　　年　　月　　日	
	住　　所		
	電話番号		