名古屋市立大学

大学院医学研究科長　殿

委　任　状

（代理人）

氏　　名

生年月日

住　　所

電話番号

委任者との関係（続柄）

私は、上記の者を代理人とし、証明書の交付手続きに関わる一切の権限を委任いたします。

年　　　月　　　日

　委任者　　　　　　　　　　　　　　㊞