委任状

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者本人 | 氏名 |  | | |
| 生年月日 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 代理人 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 生年月日 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |

委任事項

私は、上記の者を代理人として、下記の事項について委任します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医　師  歯科医師  診療放射線技師  理学療法士  作業療法士  視能訓練士 | 免許証の | 新規申請  籍(名簿)訂正･書き換え交付申請  抹消申請  免許証受領 | に関する事項 |

委任状作成日　　　　　　年　　　月　　　日

申請者本人（自署のみ）

署名

※医務課使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 代理人確認身分証明書 | 確認者 |
| 運転免許証・パスポート・マイナンバーカード  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

※御本人がすべての項目を御記入ください。

※必ず御本人が署名してください。（署名の無い委任状は無効となります）

※該当する免許、手続きを〇で囲んでください。