

事前にご確認ください

- ・この委任状は、すべて委任者が記入してください。
- ・委任者の氏名については、自署又は記名押印してください。

委任状

年 月 日

始良市長 殿

(委 任 者)
住 所 鹿児島県始良市
氏 名
電話番号

私は、次の者を代理人と定め、免許証申請の権限を委任します。

(代 理 人)
住 所
氏 名
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日
電話番号

(委任内容)
委任する免許の種類、申請の内容それぞれにチェックを入れてください。

免許の種類	申請の内容
<div><input type="checkbox"/> 医師</div> <div><input type="checkbox"/> 歯科医師</div> <div><input type="checkbox"/> 診療放射線技師</div> <div><input type="checkbox"/> 臨床検査技師</div> <div><input type="checkbox"/> 理学療法士</div> <div><input type="checkbox"/> 作業療法士</div> <div><input type="checkbox"/> 視能訓練士</div>	<div><input type="checkbox"/> 新規申請</div> <div><input type="checkbox"/> 籍（名簿）訂正・免許証書換え申請</div> <div>※ 再交付申請は委任できません。必ず申請者本人が来庁してください。</div>