

令和 年 月 日

日本大学医学部長 殿

代理人選任届

代理人	住 所
	氏 名
	生年月日 年 月 日

私は、上記の者を代理人に選任し、証明書申請に関する権限を委任したので、お届けします。

本人	住 所
	氏 名 ㊟
	生年月日 年 月 日
連絡先	電話番号 () <small>※昼間連絡可能な連絡先を記入してください、携帯電話でも可</small>

※代理人欄・本人欄いずれについても本人が記載してください

<p><個人情報の取扱いについて> 本学が証明書の交付手続により取得した個人情報については、証明書発行に伴う本人確認及び申請内容に関する本人への問い合わせのために利用します。これらの個人情報については、上記に明示する利用目的のみに使用し、その利用目的の達成に必要な範囲を超えて利用することはありません。</p>

教務課記入欄

委任者確認欄 (該当するものにチェックを入れる) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()
代理人確認欄 (該当するものチェックを入れる) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()

取扱者