

医師法等に係る免許申請等委任状

令和 年 月 日

垂水市長 様

私は、下記の者を代理人として、下記のと通りの申請等の権限を委任します。

記

1 委任者(免許対象者ご本人の氏名等をご記入ください。)

氏名	印	生年月日	年 月 日
住所		連絡先	— —

※連絡先は、平日昼間につながる電話番号(携帯電話等)をご記入ください。

2 代理人(委任者の代理として窓口に来られる方の氏名等をご記入ください。)

氏名	印	委任者との続柄	
住所			
生年月日	年 月 日	連絡先	— —

※連絡先は、平日昼間につながる電話番号(携帯電話等)をご記入ください。

3 対象免許(対象となる免許及び委任内容に「○」をご記入ください。)

対象免許				委任内容	
医師		歯科医師		新規申請	
理学療法士		作業療法士		免許証受領	
診療放射線技師		視能訓練士		籍の訂正・免許証書換え交付申請	
臨床検査技師					

【注意点】

- 委任状は、委任者ご本人が作成してください。
- 委任者氏名は、委任者自筆で記入したものでない場合は、必ず委任者の印を押印してください。
- 代理人は、窓口にて本人確認を行いますので、本人確認できるもの(運転免許証等)をご持参ください。