**委　任　状**

**[代理人**(窓口に来る方)**]**

**住所**

**氏名**

**本人との続柄**

**私は，上記の者を代理人として，下記の業務の一切の権限を委任します。**

**委任事項**

**・**

**・**

**令和　　年　　月　　日**

**[本人]**

**住所**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞**

**連絡先電話番号**(昼間の連絡先)

**＊委任状は，申請者本人がすべて記入してください。**

**＊委任事項は，具体的に記入してください。**

**（例；「看護師免許の新規申請」「看護師免許証の受領」など）**

**＊代理人の方**(窓口に来る方)**は，ご自身の公的な身分証明書（運転免許証等）の原本を持参してください。**

**＊問い合わせ先：茨城県竜ケ崎保健所総務課地域保健推進室 免許担当 (電話) 0297-62-2162**