委　　任　　状

年　　月　　日

栃木県知事　　　　　　様

 （申請者）住所

 氏名

私は、下記の者を代理人と定め、栃木県医師修学資金（令和７年度分）の受領に関する一切の権限を委任します。

（代理人）住所

氏名