

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

新地町長

（〒 ー ）

住所 _____

（申請者）^{ふりがな}氏名 _____

電話番号 _____

個人情報の利用に係る同意書

新地町介護職員初任者研修及び実務者研修支援補助金の交付申請に当たり、私に関する下記の情報を確認することに同意します。

記

- （1）町内に住所を有し、かつ、住民基本台帳に記載されていること。
- （2）町税等の滞納がないこと。