様式第２号（第６条）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（あて先）　王寺町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　　―　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　（申込者）　　　ふりがな

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　個人情報の利用に係る同意書

　王寺町介護職員初任者研修受講就労支援事業助成金の交付申請に関し、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）王寺町内に住所を有し、かつ住民基本台帳に記載されていること。

（２）王寺町税条例に規定する町税に滞納がないこと。