（様式第２号）

年　　月　　日

　　　平　田　村　長

申請者

住所　平田村大字　　字　　番地

氏名

(電話　　　　―　　　　)

|  |
| --- |
| 個人情報の利用に係る同意書 |

　　平田村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. 村内に住所を有し、かつ、住民基本台帳に記載されていること。
2. 村税の滞納がないこと。