

様式第4号(第2条関係)

介護福祉士実務者研修受講資金 個人情報取り扱い同意書

年 月 日

社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会会長 殿

申請者住所 〒 -

氏名 \_\_\_\_\_ 印

法定代理人住所 〒 -

氏名 \_\_\_\_\_ 印

連帯保証人住所 〒 -

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、受講資金の借入れにあたり、私の個人情報については、本取り扱いに基づき取得・利用することに同意します。

〔注〕申請者が未成年の場合には、法定代理人も署名・捺印すること。