同　意　書

一般社団法人佐賀県労働者福祉協議会　宛

[受講者（未成年者）の署名欄] ＜受講者がご記入ください＞

|  |  |
| --- | --- |
| ご住所 | 〒 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日（西暦） | 年　齢 |
| お名前 |  | 　年　　月　　日 | 　　　歳 |

　親権者として、上記の受講者（未成年者）が佐賀県労働者福祉協議会が主催

する介護職員初任者研修を受講することに同意いたします。

[親権者の署名捺印欄] ＜親権者が自筆でご記入、ご捺印ください＞

|  |  |
| --- | --- |
| 同 意 日：　　　　　年　　　　月　　　　日 |  |
| ご 住 所 | 〒 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日（西暦） | 印 |
| お 名 前 |  | 　　　年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号 |  | 受講者との続柄 |

＊受講者・親権者の個人情報につきましては、本人確認・親権確認のみに利用いたします。