

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] <受講者をご記入ください>

ご住所	〒		
フリガナ		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	〒			
フリガナ		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。