様式第２号（第６条関係）

年　 月 　 日

伊達市長

　　　　　　　　　　　　　　　（〒 　　－ 　 ）

住所

（申請者）

電話番号

個人情報の利用に係る同意書

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