様式第５号（第３条関係）

同 意 書

長浜市長　　あて　　年　　月　　日

長浜市母子保健法施行細則第３条に基づく事務手続を処理するため、　　年度の地方税関係情報について健康推進課職員が取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者 （申請者）	ふりがな 氏名	
	生年月日	年　　月　　日
	住所	
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	年　　月　　日
	住所（申請者と同じ場合は省略可）	
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	年　　月　　日
	住所（申請者と同じ場合は省略可）	
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	年　　月　　日
	住所（申請者と同じ場合は省略可）	
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	年　　月　　日
	住所（申請者と同じ場合は省略可）	

（注）

1　同意者が自ら署名を行ってください。

2　代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付してください。

3　申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記載は省略することができます。

4　同意が必要な者の欄が同意者欄より多い場合は、裏面に記載してください。