

第5号様式（第5条第2項）

年 月 日

大網白里市長 様

住 所

氏 名

注 本人が氏名を自署することにより
押印を省略することができます。

個人情報確認同意書

私は、大網白里市定期予防接種費用の償還払いの交付申請に当たり、接種対象者に係る下記の事項について、市の職員が市が保有する公簿等により確認することに同意いたします。

また、接種対象者に係る必要な情報があるときは、市の職員が医療機関等に問い合わせることに併せて同意いたします。

記

住民登録状況