令和〇〇年〇〇月〇〇日

様

同 意 書

〇〇の規定に基づき、以下のことに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 同意内容 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 同意内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 上記のうち該当するチェックボックスにチェックを入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 名  （署名、又は記名押印） |  |
| 住 所 |  |
| 生年月日 | 年 月 日 |