個人情報確認同意書

当社は、鹿沼市高齢者福祉センターの指定管理者申請に当たり、保健福祉部高齢福祉課職員が、申請資格確認のため、市税の納付状況を確認することに同意します。

令和　　年　　月　　日

住　　所：

申請者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印