同　意　書

令和　　年　　月　　日

稲　沢　市　長　殿

（代理人）住　所　稲沢市稲府町１番地
稲沢市教育委員会
氏　名　学校教育課長

私は、上記の者を代理人と定め、下記の事項を確認することに同意します。

記

住民登録状況

住　　所
氏　　名
生年月日　大正・昭和　　年　　月　　日
平成・令和

住　　所
氏　　名
生年月日　大正・昭和　　年　　月　　日
平成・令和

住　　所
氏　　名
生年月日　大正・昭和　　年　　月　　日
平成・令和

住　　所
氏　　名
生年月日　大正・昭和　　年　　月　　日
平成・令和

住　　所
氏　　名
生年月日　大正・昭和　　年　　月　　日
平成・令和

※　署名はそれぞれ本人が署名してください。