市税の納付状況に関する調査の同意書

大館市病院事業管理者　　様

私は、大館市病院事業看護師奨学金貸与申請に関し、市税の納付状況の調査を受けることに同意します。

年　　月　　日

（申請者）

住　所

氏　名　　㊞

年　　月　　日　生

（連帯保証人又は親権者等）

住　所

氏　名　　㊞

（連帯保証人）

住　所

氏　名　　㊞