

年 月 日

個人情報の提供に係る同意書

社会福祉法人 愛知県母子寡婦福祉連合会 理事長 殿

【申請者（借受人）】

住所

氏名

印

年 月 日 生

【連帯保証人】

住所

氏名

印

年 月 日 生

私及び連帯保証人は、高等職業訓練促進資金の貸付申請にかかる情報を含む私及び連帯保証人に関する以下の情報を、高等職業訓練促進資金の申請の受付、審査、決定、返還その他円滑な事務の履行に必要な範囲内で、貴法人と市町村、福祉事務所、養成機関、勤務先の事業主、金融機関等が相互に提供し、利用することに同意します。

【相互に提供する情報】

- ① 氏名、生年月日、住所、連絡先、高等職業訓練促進給付金等支給状況など、高等職業訓練促進資金貸付申請書、誓約書、貴法人に提出する書類及びその添付書類に記載のすべての情報
- ② 家族に関する情報、勤務先に関する情報、資産・負債に関する情報

※借受人及び連帯保証人の印は印鑑証明の印鑑とし、印鑑証明を添付する。