

親権者（法定代理人）同意書

年 月 日

三重県病院事業庁長 あて

私は、三重県病院事業庁助産師及び看護師修学資金（以下修学資金という。）申請者の親権者（法定代理人。他に共同親権者がいる場合は、私が共同親権者の代表者）として、下記申請者が修学資金申請を行うことに異議なく同意します。

[申請者]

氏名		生年 月日	年 月 日生
		年齢	歳
住所	〒 ー		

[親権者（法定代理人）]

氏名		生年 月日	年 月 日生
		続柄	
住所	〒 ー		
連絡先（電話番号）			

※親権者（法定代理人）の署名欄は、親権者（法定代理人）ご本人が自筆署名してください。