年　　　月　　　日

須崎市教育委員会　学校教育課長　様

同　意　者　　 住　　所

　　　　　　　 ﾌﾘｶﾞﾅ

 　氏　　名 　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　昭和・平成　　　年　　月 　　日

同　　　　意　　　　書

　私は、個人番号（マイナンバー）を須崎市が法定調書を作成するにあたり、須崎市教育委員会学校教育課が収集することに同意します。

※収集したマイナンバーは1年間適正に保管し処分します。