

令和 年 月 日

様

同意書

の規定に基づき、以下のことに同意します。

	同意内容
<input type="checkbox"/>	

	同意内容
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

※ 上記のうち該当するチェックボックスにチェックを入れてください。

氏名 (署名、又は記名押印)	
住所	
生年月日	年 月 日