

同意書

私は、自らの稼働能力を活かすため、船橋市福祉事務所が実施する生活保護受給者等就労支援事業に参加することに同意します。

また、事業参加に伴い船橋公共職業安定所等に対する個人情報の提供についても同意します。

年 月 日

住所 船橋市

氏名

印

船橋市福祉事務所長 宛て