（様式第２号）

同　意　書

長野県知事　様

　私は、雇用主である　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　が、障がい者雇用はじめの一歩応援助成金の交付を受けるに当たって、長野県知事が雇用主を通じて、私の下記の個人情報を収集することについて、同意します。

記

１　身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳等に記載の事項

２　雇用主の長野県内での事業所等に勤務している労働者であることを証す

る事項

　　　　年　　　月　　　日

住所

氏名