第２号様式（第４条関係）

同意書

私は、韮崎市パートナーシップ・ファミリーシップ宣誓制度に関する要綱第４条の規定に基づきパートナーシップ宣誓を行おうとする次の者が、私をその対象者としてファミリーシップ宣誓を行うことについて同意します。

年　　　　月　　　　日

【ファミリーシップ宣誓に係る対象者】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名（自署） |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 宣誓者　１　・　２  との続柄 |  |
| 生年月日（年齢） | 年　　　　　月　　　　　日　（満　　　　　　歳） |
| 電話番号 |  |

【パートナーシップ宣誓を行おうとする者】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 宣誓者　１ | 宣誓者　２ |
| 氏　　　名 |  |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | 年　　　　月　　　　日 |