

接 受 素 行 調 查 同 意 書

為配合親屬安置資格審核需要，本人_____同意由連江縣衛生福利局代為向警政機關及社政機關查詢全戶之素行紀錄。

立切結書人（戶內 20 歲以上人口應填身分證字號）

簽 名	蓋 章	出生年月日	身分證字號
		年 月 日	□-□□□□□□□□□□
		年 月 日	□-□□□□□□□□□□
		年 月 日	□-□□□□□□□□□□
		年 月 日	□-□□□□□□□□□□
		年 月 日	□-□□□□□□□□□□
		年 月 日	□-□□□□□□□□□□
		年 月 日	□-□□□□□□□□□□
		年 月 日	□-□□□□□□□□□□
		年 月 日	□-□□□□□□□□□□
		年 月 日	□-□□□□□□□□□□

立 書 日 期 ： 民 國 年 月 日

