

除外申出書

令和 年 月 日

(宛先) 揖斐川町長

自衛官募集対象者情報からの除外を申出します。

対象者 (除外 する方)	住 所	〒 ー
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 ※令和7年度は平成15年4月2日～平成16年4月1日、平成19年4月2日～平成20年4月1日までの間に生まれた方が対象です。
	連 絡 先	電話番号 () ー

申出者	区 分	☐ 本人（本人の場合は以下記入不要） ☐ 法定代理人（対象者との続柄：_____） ☐ 法定代理人以外の代理人
	住 所	〒 ー
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	連 絡 先	電話番号 () ー

○必要書類

本人	☐ 本人確認書類の写し
法定 代理人	☐ 対象者本人の本人確認書類の写し ☐ 法定代理人の本人確認書類の写し ☐ 同一世帯でない場合は、対象者本人との関係が分かる書類（戸籍謄本等）
法定代理 人以外の 代理人	☐ 対象者本人の本人確認書類の写し ☐ 代理人の本人確認書類の写し ☐ 委任状

※本人確認書類・・・個人番号カード、旅券、運転免許証、健康保険証等