給与支給明細書等の電子配信同意書

地方独立行政法人　静岡県立病院機構

理事長　　田中　一成　　様

私は、給与支給明細書及び期末勤勉手当支給明細書を電子配信で受け取ることに

同意します。

令和　　　年　　　月　　　日

所属

職員番号

氏名　　　　　　　　　　　　　㊞