



LOCAL OFFICE	TELEPHONE NUMBER
CASE NUMBER	DATE

担保に関する情報の報告書
STATEMENT OF COLLATERAL INFORMATION

セクション 1

件名: _____

社会福祉保健省は上記の者の資格を決定する過程にあります。このフォームのセクション2に要求される情報をご提示ください。

ファイナンシャルサービススペシャリスト

セクション 2

私は _____ 私との関係
人物または機関

が _____ に次の情報を提供することを許可します。
医師、隣人、親戚など

社会福祉保健省(DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES)

申込者/受領者の署名

日付

セクション 3

この情報を提供する方へ

あなたが個人的に知っている正しい情報のみご記入ください。提供できない情報については「不明」とご記入ください。フォームに署名、日付を記入し、住所と電話番号をご記入ください。余白が必要な場合は別紙を添付してください。

署名

日付

住所

電話番号