

第 号

 福岡県パートナーシップ宣誓書受領証

福岡県パートナーシップ宣誓制度実施要綱の規定に基づき、パートナーシップ宣誓書の提出を受けましたので、本証を交付します。

【本人】

様

【パートナー】

様

年 月 日

福岡県知事 ○○ ○○○ 印

第 号

 福岡県パートナーシップ宣誓書受領証

福岡県パートナーシップ宣誓制度実施要綱の規定に基づき、パートナーシップ宣誓書の提出を受けましたので、本証を交付します。

【本人】

様

【パートナー】

様

 年 月 日

福岡県知事 ○○ ○○○ 印

第 号

 福岡県パートナーシップ宣誓書受領証

福岡県パートナーシップ宣誓制度実施要綱の規定に基づき、パートナーシップ宣誓書の提出を受けましたので、本証を交付します。

【本人】

様

【パートナー】

様

年 月 日

福岡県知事 ○○ ○○○ 印

福岡県では、性の多様性を認め合い、性的指向や性自認にかかわらず、人生を共にしたい人と安心して生活することができるよう、パートナーシップ宣誓制度を導入しています。この受領証の提示を受けられた方は、その趣旨をご理解くださいますようお願いいたします。

※ 通称名を使用している場合の戸籍上の氏名
【本人】 _____ 【パートナー】 _____

※ 平常時及び緊急時において、1. 以下の者に対して病状説明をすること、2. 手術や必要な治療方針の同意を以下の者から取得することに同意します。
【パートナー氏名】 _____ 【本人自署欄】 _____

発行

福岡県福祉労働部 人権・同和対策局 調整課
〒812-8577 福岡市博多区東公園 7 番 7 号
電話：代表 092-651-1111 内線○○○○（調整係）

福岡県では、性の多様性を認め合い、性的指向や性自認にかかわらず、人生を共にしたい人と安心して生活することができるよう、パートナーシップ宣誓制度を導入しています。この受領証の提示を受けられた方は、その趣旨をご理解くださいますようお願いいたします。

※ 通称名を使用している場合の戸籍上の氏名
【本人】 _____ 【パートナー】 _____

※ 子の氏名（記載を希望する場合）

※ 平常時及び緊急時において、1. 以下の者に対して病状説明をすること、2. 手術や必要な治療方針の同意を以下の者から取得することに同意します。
【パートナー氏名】 _____ 【本人自署欄】 _____

発行

福岡県福祉労働部 人権・同和対策局 調整課
〒812-8577 福岡市博多区東公園 7 番 7 号
電話：代表 092-651-1111 内線○○○○（調整係）