

パートナーシップ宣誓書受領証

佐賀県パートナーシップ宣誓制度に基づき、かけがえないパートナーであることをお二人が宣誓されたことを証します。

様 様
年 月 日

佐賀県知事 ○○ ○○

氏名（いずれか又は双方が通称を使用している場合）

緊急連絡先

※急病や怪我等で方が一の場合、パートナーへ連絡してください。

※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.手術が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）

（連絡先）

【問い合わせ先】

佐賀県パートナーシップ宣誓制度応援チーム

〒840-8570 佐賀市城内1-1-59

☎（0952）25-7063 Mail: jinken-dowataisaku@pref.saga.lg.jp

制度概要はこちら



氏名（いずれか又は双方が通称を使用している場合）

緊急連絡先

※急病や怪我等で方が一の場合、パートナーへ連絡してください。

※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.手術が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）

（連絡先）

子どもの氏名（記載を希望する場合）

【問い合わせ先】

佐賀県パートナーシップ宣誓制度応援チーム

〒840-8570 佐賀市城内1-1-59

☎（0952）25-7063 Mail: jinken-dowataisaku@pref.saga.lg.jp

制度概要はこちら

