

軍歴情報開示申請書

令和 年 月 日

群馬県健康福祉部福祉局地域福祉課長 様

申請者 氏

住所 _____

氏名 _____

旧軍人等との続柄 _____

電話番号 _____

下記の旧軍人等に係る

1	軍歴証明書の交付
2	軍歴資料の写しの交付
3	軍歴資料の閲覧

 を申請します。

※該当する番号を○で囲んでください。

旧軍人等	氏名	フリガナ	
			(旧姓:)
	生年月日	明・大・昭	年 月 日
	終戦当時の本籍地	群馬県	
申請理由			
備考			

※申請者の身分証明書(運転免許証等の公的機関発行の証明書)の写しを添付してください。