熊本県・熊本市

様式１１

同意書

熊本市保健所長　様

退院後支援計画の作成及び退院後支援計画に基づく支援を受けることに同意します。

また、退院後支援計画の作成及び計画に基づく支援の実施にあたり、必要な個人に関する情報を関係機関（※）に対して提供することに同意します。

年　　　月　　　日

住所

電話

氏名　　　　　　　　　　　　　　　続柄

（記入者氏名　　　　　　　　　　　続柄　　　　　）

本人が自筆できず代筆した場合は続柄を御記入ください。

（注）個人情報につきましては熊本市個人情報保護条例に基づいて管理し、目的外に使用することはありません。

※関係機関とは、医療機関、自治体、福祉サービス事業所等を指します。