【様式１】

同意書

大分県○○保健所長　　　殿

または

殿

大分市保健所長

大分県障害福祉課長

退院後支援計画の作成に同意します。

　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ご記入ください。*

*（注）個人情報につきましては大分県／大分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。