様式１－４

延長して退院後支援を受けることの同意書

　○○保健所は、支援関係者と協力して、あなたの生活を引き続きサポートします。延長する期間は計画書に記載した期間とします。

　また、あなたの個人情報につきましては、北海道（○○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。

なお、計画の作成及び退院後支援を受けることを希望しない場合には、同意しないことや同意をした後であっても、途中で同意を撤回することができます。

※この計画に同意しなくても、あなたに不利益は生じません。

延長して退院後支援を受けることについて、

　□　同意します

□　同意しません

○○保健所長　様

年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　 　　　　　　（本人署名）

　　　　　　　　　　　　　　　　\*未成年の場合（保護者署名）

|  |
| --- |
| ※口頭にて確認した場合に記載  同　意を確認した年月日　　年　　月　　日  不同意を確認した年月日　　年　　月　　日  対象者の名前  確認した者  書面にて確認が困難な理由 |