様式１－２

移転先自治体（保健所や市町村等）に情報提供することの同意書

　あなたが移転先において、引き続き生活のサポートが得られるように、必要な情報を移転先自治体に提供します。

　なお、移転先自治体への情報提供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。

移転先自治体に情報提供することについて、

　□　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 |