（本人用）

様式２

退院後支援に係る同意の撤回書

私は、退院後支援計画に関する同意を撤回します。

秋田県○○保健所長　あて

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　氏名（署名）

|  |
| --- |
|  |

（自筆できない場合）

記入者（署名）

　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係

　　　　　　　　　　　　　　　代理記名の理由