（本人用）

様式７

移転先自治体（保健所等）への情報提供に係る同意書

移転先自治体（保健所等）へ

私の

１　退院後支援計画の内容

２　新居住地の住所

３　転居後の医療等の支援の必要性

４　これまでの支援の実施状況　など

を通知することについて、同意します。

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