　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人用）

様式９

退院後支援に関する計画の延長に係る同意書

私は、退院後支援計画に基づく支援期間を延長することに同意します。

延長後の支援が満了する日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

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