**里親登録情報等の共有に関する**

**意向確認書**

情報共有(提供)を予定する機関ごとにご意向をお知らせください。

　承諾のある機関に対してのみ共有してまいります。

　情報管理につきましては、法令に基づき厳正に行います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機関名 | ご意向  ※どちらかに○印をお付けください | |
| フォスタリング機関 | 承諾 | 不承諾 |
| 秋田県里親会連合会 | 承諾 | 不承諾 |
| お住まいの市町村の  ショートステイ事業担当課 | 承諾 | 不承諾 |

　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 氏名： |
| 氏名： |
| 住所： |
| メールアドレス： |

　　　　　　　※里親の皆様への情報発信にメールを活用したいので、可能でしたらメールアドレスをお書きください。

　　　　　　　※ご夫婦で登録されるときは、連名でお願いします。

　　　　　　　※押印は不要です。