様式１２

延長して退院後支援を受けることに関する同意書

支援関係者と協力して、あなたの退院後の生活を引き続きサポートします。延長する期間は計画書に記載した期間とします。

延長して退院後支援を受けることについて、同意します。

○○保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊本人が１８歳未満の場合（本人の意志を確認した保護者）

　（保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　＊本人が自署できず代筆した場合（本人の意志を確認した家族・支援者等）

　（記入者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　）

＊なお、同意をした後であっても、支援を受けることを希望しない場合は、途中で同意を撤回することができ

ます。

＊支援期間中に移転した場合は、移転先保健所にこの計画を情報提供します。なお、県内に移転した場

合は、同意先を移転先保健所長あてに読みかえるものとします。

＊個人情報につきましては、山口県個人情報保護条例に基づいて管理し、目的外に使用することはありません。ただし、緊急に対処しなければいけない場合にのみ、病院などの関係機関に情報提供することがありますので、ご了承ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（お問い合わせ先）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○保健所　　○○課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　TEL　　　○○○○