

年 月 日

個人情報等の取り扱いに関する同意書

芦屋市長宛

住 所： \_\_\_\_\_

ご本人氏名： \_\_\_\_\_

保護者氏名： \_\_\_\_\_ ⑩ (続柄 \_\_\_\_\_)

芦屋市障がい児機能訓練事業の実施及び芦屋市療育支援相談のため、下記について同意します。

記

芦屋市障がい児機能訓練事業の実施及び芦屋市療育支援相談における支援方針の検討等のため、医療機関・こども家庭センター・行政関係機関等に、検査結果・健康診査結果・健康状態等について照会すること及び、療育支援相談関係者（医師，訓練士，行政関係機関等）間で必要な情報を共有すること。