

＝ 退院後の相談先について ＝

神奈川県内の自治体では、お住まいの地域で安心して暮らすための支援をお受けいただけるよう、退院後にお住まいになる地域の相談先をご紹介します。

退院後にお住まいになる地域の相談先は次のとおりです。

名 称 : _____
所在地 : _____
電話番号: _____

ご紹介にあたり、滞りなく退院後の支援が受けられるよう、あなたの支援に関する情報を、退院後にお住まいになる地域の相談先にお伝えしたいと思います。

同意いただける場合は、次の同意欄に記入してください。

なお、個人情報につきましては、各居住地域の個人情報保護条例に基づいて管理し、目的以外に使用する事はありません。

〈お問合せ〉 (部署名)

連絡先 (電話番号)

退院後の相談先への支援に関する情報提供について同意します。

令和 年 月 日

署名 _____ (自署または記名押印)

ご連絡先 (電話番号) _____

※署名 (家族等) _____ (続柄: _____) (自署または記名押印)

※本人が自署できない又は18歳未満の場合は、家族等欄に記入してください。