退院後支援に関する同意書

私は，退院後支援に関する計画(以下，「計画」という)に基づく退院後支援について，下記項目の説明を受けたうえで，支援を受けることに同意します。

記

* 計画に基づく退院後支援が必要であること
* 高知市保健所が計画を作成すること
* 退院後は計画に基づき支援関係者が協力して退院後支援を実施すること
* 計画の作成・実施に必要な個人情報及び作成された計画を支援関係者で共有すること

高知市長　様

　年　　　　月　　　　日

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所