様式１１

居住地の移転に係る情報提供意向確認書

広島県精神障害者の退院後支援計画の作成・それに基づく支援について

　この度，　　　　　　さんが　　　　　　　　保健所管轄の地域に転居することを確認しました。転居に伴い，現在行っています退院後支援について，移転先である　　　　　　　保健所にて引き続き支援を受けることができます。

　継続して退院支援を受ける場合には，あなたの情報を　　　　　保健所に提供をさせてもらった上で，　　　　　保健所が計画を作成し，退院後支援を行うことになります。

説明者所属

説明者氏名

私は，上記の説明を理解した上で，移転先保健所に計画の情報を提供することを

同意します　　　・　　　同意しません

　　　　　　　　　　保健所・支所長　様

（　　　　　課）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 平成　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名(署名)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

親権者・後見人等氏名(署名)

続柄　（　　　　　）

対象者が

未成年・被後見人等の場合

住所

電話