kokoro　御中

就労継続支援B型事業での訓練や支援また作成されたサービス利用計画を実現するために、関係機関などに対して私（家族）の情報を伝えること及び尋ねられることを承諾します。

情報提供・共有先

1. ㈱創想（□全体（kokoro、HIDAMARI、ふわり）、□kokoro職員のみ）
2. 茨城県、牛久市、及び関係行政機関
3. 都道府県（　　）、市町村（　　）、及び関係行政機関
4. ご本人のかかりつけ医　(　　)
5. Tokyo DD　Clinic((株)創想の協力関係医療機関)
6. 警備・消防署・保健所などの緊急対応機関等、急病・通院・入院先の病院
7. ご本人の希望する障害福祉サービスが所在する市町村の行政・施設関係
8. 生活保護担当者
9. ハローワーク
10. 障害者就業・生活支援センター
11. 就職支援センター
12. ご本人が利用している相談支援事業所(　　)
13. その他（　　）

なお、以下についての情報は、了解なしに＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に伝えてはならない。
（該当する項目をすべてチェック）
（　　）健康状態（病名）
（　　）家族状況
（　　）その他：具体的に ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印