様式１１

居 住 地 の 移 転 に 係 る 情 報 提 供 意 向 確 認 書

広島市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　　　　　　　　　　保健センター・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　　　　　　　　　　保健センター・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　　　　　　　　　　保健センター・保健所に情報提供をさせてもらった上で　　　　　　　　　　保健センター・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、移転先保健所等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**

広島市　　　　　保健センター長　様

（　　　　区厚生部　　　　　　　課）

令和　　　　年　　　　月　　　　日

氏名（署名）

住所

電話

親権者・後見人等氏名（署名）

対象者が

未成年・被後見人等の場合

続柄　（　　　　　　　）

住所

電話