様式１３

区間移転に伴う退院後支援に関する情報提供兼意向確認書

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　　　　　保健センターに情報提供をさせてもらった上で、　　　　　保健センターが計画を作成し、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、区間移転先の区保健センター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