

関係機関との個人情報共有に関する同意書

社会福祉法人 しがらき会
障がい者雇用・生活支援センター(甲賀) 所長様

私、
は、貴センターでの支援を受けるにあたり、必要

とされる個人情報について、関係機関と共有していただくことに同意します。

平成 年 月 日

支援依頼者 氏名 印

生年月日 年 月 日生まれ

現住所

(未成年の方)
保護者氏名 印