　【東大和市地域生活支援拠点事業用】

（様式２－１）障害福祉サービス等利用者

個人情報利用同意書

　私は、計画相談支援の提供を受ける中で、緊急時における迅速な支援を受ける必要性や将来を見据えて一人暮らし等の体験の機会を設ける必要性、その他様々な関係機関が連携して支援をする必要性があると判断された場合は、サービス利用計画等の内容について、東大和市障害者地域生活支援拠点事業「うぃずねっとi 」を実施する基幹相談支援センターに提供することに同意します。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　あて

　　　　　　　　　（利用者）

住　所

　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　（保護者又は代理人）

住　所

　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印