**情報の取り扱いに関する承諾書**

伊豆の国市長　様

私は、伊豆の国市障がい福祉課担当の職員が、私の福祉サービス向上を図るため、関係者および関係機関と連絡を取り合い、情報提供し合うことについて、承諾いたします。

　　　年　　　月　　　日

住　　所　伊豆の国市

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印