

# 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