

■ 同意欄

私は、安城市医療・介護・福祉ネットワーク「サルビー見守りネット」の主旨や内容を理解した上で、当ネットワークによる情報共有に同意します。

令和 年 月 日

本人ご署名： _____

※ご本人が、同意困難な場合は下記をご記入ください。

(ご本人名)： _____

(ご家族など署名)： _____

(続柄)： _____

----- 以下は、説明者記入欄（関係機関使用欄）です。 -----

■ 説明者の所属・氏名記載欄

所属 _____ 氏名 _____

■ 主治医（かかりつけ医）への確認欄

主治医（かかりつけ医）に、本療養者をサルビー見守りネットを利用し支援することについて、確認しました。

【 確認した医療機関・主治医名： _____ 】

※にチェックし、【 】内に必要事項を記入してください。

※原則として、主治医（かかりつけ医）は、支援グループの構成員に加えるようにしてください。

※説明者は、本同意書を1部コピーして、ご本人様へお渡してください。

※同意書は、事務局まで提出してください。

* お問い合わせ先 *（同意書提出先）

〒446-8501 愛知県安城市桜町18番23号

安城市医療・介護・福祉ネットワーク協議会

事務局 安城市福祉部高齢福祉課地域支援係

電話：（0566）71-2264 FAX：（0566）74-6789