

「個別避難計画」策定をご希望の皆様へ

神戸市福祉局障害福祉部障害者支援課

社会福祉法人芳友 神戸医療福祉センターにこここハウス

災害時・緊急時支援にかかる情報提供に関する同意書

私は、災害時に支援を得るため、広く情報提供することの意義について説明を受け、神戸市福祉局障害者支援課及び社会福祉法人芳友 神戸医療福祉センターにこここハウスが、災害時または緊急時の支援に必要であると判断した情報について、事前に区保健福祉部、区保健センター、障害者支援センター、障害者地域生活支援センター、医療機関等、関係機関へ提供することに同意します。

年 月 日

説明者 社会福祉法人 芳友
神戸医療福祉センターにこここハウス

氏名 (本人) _____

(家族・代理人の同意)

氏名 (同意者) _____ (自署)