**個 人 情 報 に 関 す る 同 意 書**

私は、私の個人情報のうち、私の心身および生活、生活習慣の改善のための支援を受けるために必要なものを、地域包括支援センター、居宅介護支援専門員、社会福祉法人の相談員その他支援に関係する者に提示することに同意します。

また、より良い支援と支援体制の検討のため、一般社団法人宇都宮市医師会および支援に携わる関係者間で開催する会議において、個人を特定できない措置をとった上で私に関する情報を使用することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　（本　　人）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

本人の身体の状況等により署名ができないため、本人の意思を確認したうえでその署名を代筆しました。

　（代筆署名者）

　　住　　所

　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

続　　柄