様式６ 災害時支援に係る個別支援計画作成に関する同意書（難病）

栃木県〇〇健康福祉センター所長　様

　災害時における在宅人工呼吸器装着患者支援マニュアルに基づく個別支援計画を作成することに同意します。
　また個別支援計画策定に必要とする情報について、支援に関わる者へ情報提供することに同意します。

年　　月　　日

（患　者）
　住所
　氏名

（代理人）
　住所
　氏名
　（続柄：　　）

＊患者本人が記入できない場合、患者さんの同意を得て代理人がご記入して下さい。その際、代理人の署名をお願いします。

様式６ 災害時支援に係る個別支援計画作成に関する同意書（小慢）

栃木県〇〇健康福祉センター所長　様

　災害時における在宅人工呼吸器装着患者支援マニュアルに基づく個別支援計画を作成することに同意します。
　また個別支援計画策定に必要とする情報について、支援に関わる者へ情報提供することに同意します。

年　　月　　日

（患　者）
　住所
　氏名

（保護者）
　住所
　氏名
　（続柄：　　）