

個人情報提供同意書
(調布市→(福) 調布市社会福祉事業団)

私は、調布市（以下、市という。）が保有する「調布市知的障害者援護施設なごみ」の利用にあたって、職員が作成した利用者支援に必要な記録（以下、利用者情報という。）を社会福祉法人調布市社会福祉事業団（以下、事業団という。）が運営する「知的障害者施設 ハートポートこもれび」（調布市西町 290-7）の利用のため、市が事業団に利用者情報を提供することについて、下記のとおり同意します。

記

1 個人情報を提供する目的

「知的障害者施設 ハートポートこもれび」を利用する際に必要となる手続きを一部省略し、利用者支援に役立てるため。

2 提供に当たっての条件

- (1) 提供した情報の利用は、「知的障害者施設 ハートポートこもれび」を利用するための必要な範囲内に限ること。
- (2) 提供先に、提供した情報の適切な管理を求めること。

3 提供する個人情報の内容

「短期入所ご利用者プロフィール」及びこれの付属書類に記載の情報

4 個人情報を提供する事業団の担当

社会福祉法人調布市社会福祉事業団「知的障害者施設 ハートポートこもれび」（調布市西町 290-7）
連絡先 電話：042-481-7493 e-mail：komorebi@jigydan-chofu.com

年 月 日

調布市長 宛

住 所 _____

連絡先 電話 _____

メールアドレス _____

本人 (ふりがな) 氏 名 _____

性別 男 ・ 女 生年月日 _____ 年 月 日

※代筆の場合 代筆者住所 ☐ 本人と同居

☐ 本人と同居でない _____

代筆者氏名 _____ (本人との続柄)

(調布市職員使用欄) ※記入後の同意書は、調布市障害福祉課で保管します。

同意書説明者

所属 _____ 氏名 _____