

承 諾 書

呉市長様

障害児通所支援・障害福祉サービス等の支給決定にあたり、

(氏名) _____ に係る次の個人情報を確認することを承諾します。

- 1 母子健康記録票
- 2 広島県西部こども家庭センターの保有する情報
- 3 その他 (_____)

令和 年 月 日

住 所 _____

申請者（保護者） _____ 印