

承 諾 書

相談支援チームによる継続的な相談を希望するにあたって、下記のことを承諾します。

1. 関係機関が連携した総合的な支援を受けるために、相談支援チーム内の関わりのある機関の間で、必要に応じて情報を共有すること。
2. 在籍する保育所・学校等と相談支援チームの相談担当者が、必要に応じて情報を共有すること。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

住 所 隠岐の島町 _____

連絡先電話番号 _____

幼児児童生徒氏名 _____

所属（学年・年齢） _____