

同意書

令和 年 月 日

立神 海の風こども園長
酒 匂 みゆき 殿

支援センターキッズの利用に際し、
以下のことに同意します。

私は、支援センターキッズの利用にあたって枕崎市福祉課、枕崎市健康センターから利用児童に関する情報提供を求められた場合、情報提供を行う事に同意します。

利用児童 氏名 年 月 日生

氏名 年 月 日生

保護者 氏名 印 (自署場合@不要)

〒 —

住所

続柄