（別紙３）

同　意　書

平成　　　年　　　月　　　日

　（相談機関・医療機関等関係機関の長）　様

相談等をしたいので、網走保健所へ住所・氏名・連絡先電話番号を伝えることに同意します。

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先電話番号

ご家族住所

ご家族氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 説明者氏名 |  |

【説明事項】

１　網走保健所管内自殺対策連絡会議は地域の自殺予防のために、保健・医療・福祉・教育・産業・労働・ボランテイアなど様々な機関で構成された組織です。

２　網走保健所管内自殺対策連絡会議では、皆さんが抱えるつらいお気持ちを受け止め、解決に向けたお手伝いをいたします。

３　○○（同意を得る側）より、同意をされた方の個人情報（住所、氏名、連絡先電話番号）を網走保健所管内自殺対策連絡会議の事務局である網走保健所へ情報提供します。

４　提供された情報を基に、網走保健所の保健師が直接面会に伺います。

５　提供された情報はご本人、ご家族の了解なしに網走保健所からの連絡以外に使われることはありません。また、保健師との面接の際にお話いただいた内容は守秘義務によって守られます。

６　同意はご本人、ご家族どちらか一方でも構いません。

７　この同意書は○○（同意を得る側）が原本を保管し、写しをご本人又はご家族にお渡しします。

（別紙４－１）

依　頼　書

平成　　　年　　　月　　　日

　（相談機関・医療機関等関係機関の長）　様

相談等をしたいので、網走保健所へのご連絡をお願いします。

本人住所

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先電話番号

家族住所

家族氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先電話番号

（別紙４－２）

依　頼　書

平成　　　年　　　月　　　日

　網走保健所長　様

相談等をしたいので、私と家族へのご連絡をお願いします。

本人住所

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先電話番号

家族住所

家族氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先電話番号