

同意書

相談支援事業所
管理者 様

私は相談支援専門員の作成した、障害福祉サービス等利用計画の内容に同意し、以下のサービス利用期間に必要なモニタリングに対して、面談後に相談員が作成した報告書において、私の同意を得たものとして署名の記載を省略し、小山市へ提出することに同意いたします。

サービス提供期間 開始 年 月 日 ~ 終了 年 月 日

但し、サービス提供期間満了日までに利用者様から文書による署名省略中止の申し入れがない場合には、本同意書は更に同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とします。

令和 年 月 日

利用者氏名 印

保護者氏名（18歳未満のみ） 印

相談支援専門員 印

- ※本人が18歳未満の場合は利用者氏名と保護者氏名に署名をしてください。
- ※本人が署名できない場合、代筆可。
- ※相談支援事業所にて保管。写しを小山市へ提出してください。