同　　意　　書

（指定特定相談支援事業所名）

管理者　　　　　　　　　　　　　　様

私は、貴事業所所属の相談支援専門員が作成した、障がい福祉サービス等利用計画の内容に同意し、サービスを利用している期間に必要なモニタリングに対して、面談後に相談支援専門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、日光市へ提出することに同意いたします。

ただし、同意後サービス利用期間中に、署名省略中止を申し出た場合は、以後本同意書は無効といたします。

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

　　　　　　　　　　　　代筆者氏名

　　　　　　　　　　　　利用者との関係

　　　　　　　　　　　　代筆理由

※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。

※**押印は、代筆の場合のみ必要となります。**

※**本人が署名できない場合、代筆を可とします。相談支援専門員の代筆は原則不可とします。**

※指定特定相談支援事業所にて原本保管。写しを日光市へ提出してください。