

(様式2)

同 意 書

在宅難病患者等療養生活用機器貸出事業に基づく、意思伝達装置等の貸出を申請するにあたり、申請書に記載する範囲において、私の情報を長野県に提供することに同意します。

年 月 日

長野県難病相談支援センター長 殿

(対象患者氏名)

住 所

氏 名

(法定代理人 (対象患者が未成年の場合の親権者、等))

住 所

氏 名

(本人との続柄：)