

同 意 書

年 月 日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

氏名

現住所

前住所

生年月日 年 月 日

私は、奈良県での精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるにあたり、奈良県精神保健福祉センター所長が、手帳交付を受けた転居前の自治体に対して精神障害者保健福祉手帳に関する情報提供の依頼および情報提供を受けることについて同意します。