引き継ぎに係る個人情報の取り扱いに関する同意書

令和　　　年　　　月　　　日

　新上五島町○○園（所）長　様

在籍するところに応じて変更する

新上五島町立○○学校長　　様

　長崎県立○○学校長　　　　様

　教育・福祉・医療・労働などの関係機関が一体となった、より適切で継続した支援を行うために、本児（生徒）に関わる教育支援上必要な情報を関係者・機関から収集したり、関係者・機関に提供したりすることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 性別 | 年齢 | 生年月日 |
|  |  |  | 年　　　月　　　日 |

　対象となる幼児・児童・生徒

保護者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名）　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※印箇所は、押印または、直筆サイン