加東市サポートファイル活用にかかる確認書

保健・教育・医療・福祉など関係機関との連携に際し、「サポート

ファイル」を作成・活用することに同意します。

　　　　　　年　　　月　　　日

加　東　市　長　　様

　　　　　　　　　　　お子さんの氏名

　　　　　　　　　　　保護者氏名