（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：　　　　　）