様式第２号

盛岡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 承諾書
（事業者用）

甲は，盛岡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業実施要綱に基づき，乙が入院した際，コミュニケーション支援員事業者として支援員を派遣することを承諾します。

平成　　年　　月　　日

甲（事業者）

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業者名

代表者職氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

乙（利用者）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

様式第３号

盛岡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 承諾書
（医療機関用）

甲は，盛岡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業実施要綱に基づき，乙が入院した際，コミュニケーション支援員事業者として派遣された支援員を受け入れすることを承諾します。

平成　　年　　月　　日

甲（医療機関）

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名　名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者職氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

乙（利用者）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞