面談に係る同意書

徳島赤十字ひのみね医療療育センター

園長　加藤　真介　様

私は、（学校名・施設名等）＿＿＿＿＿＿＿＿（面談者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿が、

徳島赤十字ひのみね医療療育センター＿＿＿＿＿＿＿＿医師と、

子どものよりよい学校生活のために面談・相談することに同意します。

なお、今後自由意志により面談を断る権利を有し、それにより如何なる学校生活上、診療上の不利益を被ることが無いことを了解しました。

同意年月日　　年　　月　　日

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）