【様式１０】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長崎県

退院後支援計画の作成及び退院後支援を受けることの

同意撤回書

　私は、退院後支援計画の作成及び退院後支援を受けることに同意しましたが、その同意を撤回します。

保健所長　様

年　　　月　　　日

氏名（本人署名）

口頭にて確認した場合に記載

　○同意撤回を確認した年月日　　　　　年　　　月　　　日

　○対象者の氏名

　○確認した担当者

　○書面にて確認が困難な理由