

「つながるノート」利用申込書

高知県知事 様

私は、裏面の確認事項について確認の上、「つながるノート」の利用を申し込みます。

年 月 日

申込者（ご本人） 住所 〒 _____

氏名（ふりがな） _____

生年月日 年 月 日 _____

保護者等 氏名（ふりがな） _____

（代理人含む）

続柄 _____

この利用申請書にご記入された個人情報等は、「つながるノート」に係る利用及び普及等の目的にのみ使用し、ご利用者または保護者の同意なく、その他の目的に利用または第三者に提供することはありません。

◇ご協力をお願い◇

今後、「つながるノート」に関するアンケートを実施する場合、ご自宅へアンケート用紙を送付させていただいてもよろしいですか？ （ はい ・ いいえ ）

【確認事項】

- 1 つながるノートは、発達障害のある方※が受け取ることができます。

※医師により、発達障害者支援法第2条に規定する発達障害の診断を受けた方、または疑いがあるとされた方

発達障害者支援法第2条

この法律において「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。

- 2 「つながるノート」には、利用される方の個人情報が多く含まれています。

ノートは利用者本人もしくは保護者等が責任を持って保管してください。

- 3 「つながるノート」に記載されている個人情報について、支援者への提供を許可する場合は、情報を提供する範囲を支援者と確認の上、提供してください。

(以下記載不要)

受取確認欄	交付年月日	確認者
<input type="checkbox"/> 氏名・住所の記載	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 確認事項のチェック		
<input type="checkbox"/> アンケートに関する記載のチェック		