

同意書

長野県立こども病院
院長 中村 友彦 殿

私は、(学校名等) _____ (教員等氏名) _____ が、
長野県立こども病院 _____ 医師と、子供のより良い学校（保育
園、幼稚園、これに準ずるもの。）生活のために面談することに同意します。

なお、今後自分の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 20 年 月 日

お子様のお名前 _____

保護者の方のお名前（続柄） _____ (印)