同意書

　（宛先）松江市長

各福祉サービス事業所運営法人の代表者　様

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　印

　私が、新型コロナウイルス感染症陽性者の濃厚接触者となった場合、又は新型コロナウイルス感染症の疑いのある症状を発症し、ＰＣＲ検査を受けた場合において、その旨を申し出た場合は、松江市障がい者福祉課及び、私が利用している障がい福祉サービス事業所を運営する法人に、濃厚接触者となったこと、又はＰＣＲ検査を受けたことを情報共有することについて同意します。