

同意取消書

旭川市長 西川 将人 様

私は、旭川市及び旭川市自立支援協議会が実施した「令和3年度旭川市医療的ケア児実態調査」にて回答した個人情報を同市福祉保険部障害福祉課（旭川市障害者総合相談センターあそと）が保管・集約し、同協議会に所属する同市の部局及び市内医療機関と情報を共有することに同意しましたが、その同意を取り消します。

なお、提供した個人情報は速やかに破棄してください。

令和 年 月 日

保護者氏名： _____

(児童氏名： _____)