

同意書

山形県立中央病院長 殿

山形公共職業安定所長 殿

私は、以下の点について同意します。

1. 山形県立中央病院での出張相談を通じて、山形公共職業安定所による就職支援を受けること。
2. 就職支援の開始後において、私の個人情報を就職支援の実施に必要な範囲内で、山形県立中央病院から山形公共職業安定所へ提供すること。

令和 年 月 日

(自署)

氏名