

発達障がい診断等にかかる情報提供について（新規申込書）

令和 年 月 日

医療機関名	
[診療科]	
代表者 職・氏名	

【1】発達障がいの診断等に係る医療機関情報の情報提供について

① 市民への情報提供について（大阪市ホームページでの情報提供）

☐ 同意する ☐ 同意しない

② 関係機関（各区役所等の行政機関・エルムおおさか）への情報提供について

☐ 同意する ☐ 同意しない

【2】大阪市からの発達障がいに関する各種福祉施策情報（発達障がい児専門療育機関の申込案内や大阪市発達障がい者支援センター「エルムおおさか」の各種講座等）のお知らせについて

☐ 希望する ☐ 希望しない

「希望する」の場合、下記にご連絡先のメールアドレスをご記入ください。
（BCCメールでのお知らせになります）

メールアドレス	
---------	--

【3】設問【1】で市民もしくは関係機関への情報提供に「同意する」とお答えいただいた場合は、
申込時点での情報を下表に記載をお願いします。

◎公表を希望しない項目がございましたら、右のチェック欄に☒を入れてください。

		市民	関係機関
医療機関名		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[診療科目]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
所在地	〒 — 大阪市	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
電話番号		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FAX番号 (市民への公表なし)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ホームページ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ホームページありの場合) 大阪市ホームページとのリンクについて <input type="checkbox"/> 許可する <input type="checkbox"/> 許可しない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

