

別紙

三重県CDRモデル事業への協力（お子さまの同居家族の要配慮個人情報の提供）についてご承諾いただけない場合、以下に必要事項を記入していただき、この書類（別紙）を受け取ってから、1か月以内に、CDRモデル事業事務局（三重大学医学部小児科）までご返送ください。
なお、承諾いただける場合は、ご連絡をいただかなくても結構です。

三重県知事 あて

私は、「三重県予防のための子どもの死亡検証モデル事業」の目的及び情報の管理等を読み、事業への協力（お子さまの同居家族の要配慮個人情報の提供）について同意しません。

署名された日 令和 年 月 日

お子さまのお名前 _____

同居家族代表者ご署名 _____ 続柄（ ）

ご意見などございましたらお聞かせください。

<問い合わせ先>

三重県子ども・福祉部子どもの育ち支援課
母子保健班

（津市広明町13番地） [Tel:059-224-2248](tel:059-224-2248)

三重大学医学部小児科内CDRモデル事業事務局
（津市江戸橋2-174） [Tel:059-231-5024](tel:059-231-5024)