

同意書

(あて先) 浜松市障害者更生相談所長

療育手帳交付申請に伴う判定のためには、本人の在籍した学校、本人の利用していた医療機関又は福祉機関等に対し、貴所が資料の提供を求めるとは関係者の証言を求めるとは同意します。

関係機関(学校、医療・福祉施設等)の長様

療育手帳交付申請に伴う判定のため、浜松市障害者更生相談所に関係資料を提供等することに同意します。

令和 年 月 日

(本人) 住所

生年月日
氏名

年 月 日
(署名又は記名押印をしてください)

(保護者) 住所

氏名

(署名又は記名押印をしてください)