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必要があるときは、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こと又は関係者の証言を求めることに同意します。

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　　年　　月　　日

氏　　名

（保護者）住　　所

生年月日　　年　　月　　日

氏　　名