

(様式第3号)

## 同意書

知的障害にかかる相談・判定のために必要があるときは本人の状況等について、関係機関（施設、学校、医療機関等）に情報提供を求めることに同意します。

令和 年 月 日

豊岡こども家庭センター所長 様

本人 氏名 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

保護者 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_