

同意書

令和 年 月 日

山形県中央児童相談所長 殿

本人氏名 _____

住所 _____

保護者氏名 _____ ⑩

(本人との続柄：)

山形県療育手帳制度実施要項（昭和49年7月1日制定）に基づく療育手帳の交付を申請するにあたり、貴所が学校及び医療機関等に対し情報提供を求めることに同意します。