

同意書

令和 年 月 日

山形県知的障がい者更生相談所長 殿

本人 氏名 _____ ⑩

(旧姓 _____)

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（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、高等学校等在学時の学業成績等又は病状等に関する情報について、貴所が本人の出身高校等又は関係病院に対し提供を求めることに同意します。