同　意　書

　（中央・高田）こども家庭相談センターにおいて、すでに相談・判定が行われていますの

で、療育手帳判定の資料として、知的障害者更生相談所長より当時のケース記録等（写）を

照会することに同意します。

令和　　　年　　　月　　　日

　　本人氏名　 　 生年月日 　　年　　月　　日　生

　 申出者（本人又は保護者）

（住 所）

（申出者氏名） 　　　 印 （続柄）

　　　　　　　　　　　　　　　 ＊本人署名の場合は、押印は不要です。

　奈良県知的障害者更生相談所長　殿