|  |
| --- |
| 情　報　提　供　願　　　 下記について、情報提供をお願いします。記 （必要な情報） 貴所にて療育手帳にかかる判定を受けた結果 （使 用 目 的）  |
|  　 委　　任　　状　  私は、　　　　 　　　　　を代理人と定め、下記の権限を委任します。 記 上記判定結果の代理受領 |

 奈良県知的障害者更生相談所長　殿

 令和　　 年　　 月　　 日

 　　　　　　　住　所

 氏　名 印

 （施設長氏名） 　 　 印

 （本人の意思確認が出来ない場合）