

同 意 書

- 1 療育手帳の判定のために、児童相談所が関係機関等に対して資料を求めたり、聞き取りをすることに同意します。
- 2 秋田県立医療療育センター（旧小児療育センター）又は秋田県発達障害者支援センター（ふきのとう秋田）における心理検査等の結果がある場合には、判定の参考資料とすることに同意します。

年 月 日

児童氏名 : _____

同意者氏名 : _____ 印

続 柄 : _____

(あて先) 中央 児 童 相 談 所 長

- ※ 同意者は、療育手帳の交付を受けようとされる児童の保護者です。
また、同意者氏名については、記名押印に代えて署名することができます。