

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。

平成 年 月 日

児童氏名： _____

同意者氏名： _____ ⑩

続 柄： _____

（あて先）秋 田 県 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す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。