

同 意 書

北海道立心身障害者総合相談所が実施する、次の者の知的障害者援護制度活用の判定のため、本人に係る児童相談所、教育機関、医療機関、障害者職業センター等の資料を北海道立心身障害者総合相談所が請求することに同意します。

記

氏 名 (旧姓)
(生年月日 昭和・平成 年 月 日)

平成 年 月 日 (同意した日付)

同 意 者

(住 所)

(氏 名)

印

(本人との続柄)