

(様式第5号)

どう い しょ
同 意 書

ふくしまけんしょう しゃそうごうふくし じっし ちてきしょう しゃ そうだんはんてい さい
福島県障がい者総合福祉センターが実施する知的障がい者の相談判定に際し、
てきせい そうごうはんてい う しちょうそんちょう また ふくしまけんしょう しゃそうごう
適正な総合判定を受けることができるよう、市町村長 又は 福島県障がい者総合
ふくし しよちょう か き きかんとく ほんにん かん ひつようじこう じょうほう
福祉センター所長が、下記の機関等から本人に関する必要事項について情報の
ていきょう う どうい
提供を受けることに同意します。

き
記

※ □にチェック✓をいれてください。

※ 必ず1機関1枚としてください。(たとえば、3機関の場合は機関ごとに1枚ずつ記入)

□ 受診医療機関 (病院・医院名 _____ 医師名 _____)

じこう びょうじょう ちりょうけいか しょほう
事項： 病状・治療経過・処方などについて

□ 通学した小学校 (_____ 学校)

□ 通学した中学校 (_____ 学校)

□ 通学した高等学校等 (_____ 学校)

じこう ざいがくちゅう きろく
事項： いずれも在学中の記録について

□ 利用障害福祉事業所 (_____)

じこう じぎょうしより ようじょうきやうとう
事項： 事業所利用状況等

□ その他 (_____)

じこう
事項： (_____)

ねん がつ にち
年 月 日

しちょうそんちょう
市町村長

ふくしまけんしょう しゃそうごうふくし せん た ーしよちょう
福島県障がい者総合福祉センター所長

ほんにん しめい
(本人) 氏名 _____

じゆうしょ
住所 _____

ほごしゃ しめい
〔(保護者)氏名 _____〕