

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せんたー じっし ちてきしょう しゃ そうだんはんでい 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
てきせい そうごうはんでい う しちょうそんちょう また ふくしまけんしょう
し、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
しゃそうごうふくしせんたーしよちょう かき きかんとく ほんにん かん ひつようじこう
者総合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
じょうほう ていきょう う どうい
情報の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、必要なことを書いてください。
※ 1か所に1枚必要です。いくつかの所に依頼する場合は、機関ごとに1枚ずつ書いてください。

かよ かよ びょういん 通っている・通っていた病院 びょういんめい
病 院 名
いしめい
医 師 名

ていきょう びょうじょう ちりょうけいか しょほう 提供してもらうこと：病 状 ・治療経過・処方などについて
 つうがく しょうがっこう 通学した小学校 しょうがっこう
小 学 校
 つうがく ちゅうがっこう 通学した中学校 ちゅうがっこう
中 学 校
 つうがく こうとうがっこうなど がっこうめい 通学した高等学校等 がっこうめい
学 校 名

ていきょう がっこう かよ ころ きろく 提供してもらうこと：学校に通っていた頃の記録について
 りようしょうがいふくしじぎょうしょ じぎょうしょ なまえ 利用障害福祉事業所 じぎょうしょ
事 業 所 の 名 前

ていきょう じぎょうしょ りようじょうきょう 提供してもらうこと：事業所の利用状況について
 た きかんめい その他 きかんめい
機 関 名

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 なまえ
本 人 なまえ
名 前

じゅうしょ
じゅうしょ
住 所

(保護者 氏名)