第　　　　号

令和　年　月　日

香川県障害福祉相談所長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校　　長　　　　　　印

療育手帳判定時の知能検査結果について（依頼）

就学指導にかかる資料作成のため、下記の者について療育手帳判定時の知能検査結果の情報提供を依頼します。

記

　氏名

　生年月日

　住所

※上記依頼に対する回答の受理を

学　校　名：

職名・氏名：

に委任します

同　　　意　　　書

　香川県障害福祉相談所長　殿

貴職が管理している（名前）　　　　　　　　　　　　　　の下記の情報を、

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に提供することを同意します。

記

・知能検査名

・知能指数

・検査実施日

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　同　意　者

　　　　　　　　　　　　　　　（児童との関係：　　　　　　　　　）