

同意書

療育手帳の判定のために、学校を通じて学業成績等について調査することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 (本人) _____ 印

*現在の氏名と変更がある場合

学生時代の氏名 (本人) _____

保護者氏名 _____ 印

石川県知的障害者更生相談所長 様