

同意書

令和 年 月 日

福井県障がい福祉・精神保健相談所長 様

申請者氏名 (続柄)

住所

貴所で受けた知能検査等の結果を、下記のとおり情報提供することに同意します。

記

- 1 本人氏名
- 2 生年月日 昭和・平成 年 月 日
- 3 情報提供先
- 4 提供事項 知能検査等の実施日および検査結果