

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）

※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

石川県知的障害者更生相談所長 様