（文書番号）

令和　(　　)年　月　日

　栃木県障害者総合相談所長　様

（医療機関の長）

　　　療育手帳に係る判定結果の情報提供について（依頼）

　このことについて、下記の理由により貴所の情報を活用したく、提供方依頼します。

　なお、当該情報の提供については、本人保護者等の同意を得ており、別紙の同意書を同封いたします。

記

１　本人氏名

２　生年月日

３　住所

４　情報が必要な理由

５　必要な情報　○年○月○日の療育手帳の判定結果（知能検査等の結果を含む）

機 関 名：
担 当 課：
担 当 者：
住　　所：
電話番号：