

依 頼 書

年 月 日

静岡県東部知的障害者更生相談所長 様

(依頼者) 住所

氏名

印

(本人又は保護者が氏名を自署する場合、押印は不要です。)

続柄

下記の者の知能検査結果の情報提供を依頼します。

記

1 氏 名

2 生年月日 昭和・平成 年 月 日

3 住 所

4 依頼理由

5 療育手帳番号

(療育手帳をお持ちの方は記入願います)

※ 依頼者が施設の場合は、本人又は保護者の同意書を添付してください。
また、依頼者の住所は所在地、氏名は名称及び代表者氏名を記載してください。