彦根市相談支援ファイル　配付申出書

ふりがな 対象者氏名	
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平　　年　　月　　日（　　歳）
住　　所	〒 彦根市
連　絡　先	電話：　　ファックス：
所属（学校等）	保育園・幼稚園・小学校・中学校・高等学校・他

彦根市相談支援ファイルの配布に関して、関係機関（学校教育課、健康推進課、発達支援センター、障害福祉課）が情報を共有することについて同意します。

平成　　年　　月　　日

申出者

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（本人との関係　　）

受付番号	※

※印の箇所は記入しないで下さい。