

情報提供書（知能検査結果）交付申請書

申請日平成 年 月 日

〇〇児童相談所長 様

申請者氏名 _____

児童との続柄 _____

郵便番号 〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____

- 1 特別児童扶養手当に係る診断書作成のため
2 その他（ _____ ） } いずれかに○をつけてください。

下記の者についての知能検査結果の情報提供を申請します。

記

1 児童氏名 _____

生年月日 平成 年 月 日

2 提出先医療機関 又は 提示予定の機関名

1 送付先：〇〇児童相談所 診断指導課

〒 - 住所

2 同封するもの：82円切手を貼った返信用封筒（返送先住所氏名を記入）

封筒は定形郵便物で大きめのものにしてください。

○ 児 第 号
平成28年 月 日

様

千葉県〇〇児童相談所長

情報提供書の交付について

平成2 年 月 日付けで申請のあったこのことについて、下記のとおり交付します。

なお、提供した情報を下記の使用目的以外で使用することを固く禁じます。

記

1 氏名

2 生年月日 平成 年 月 日

3 情報提供事項

全訂版田研・田中ビネー知能検査（平成2 年 月 日実施）
精神年齢 歳 月
知能指数

4 使用目的

* 知能検査が実施できていない場合は、発達検査結果を交付しています。