

言語検査を受けた時の記入例

【事務使用欄】	担当者	FB手渡し	月	日
番号	委託	直接郵送	連絡帳	

本日の日付 申請日 令和〇年〇〇月〇〇日

情報提供依頼書

流山市児童発達センターつばさ  
 所長 様

下記の内容について、情報の提供を依頼します。  
 ※空欄を記入してください。※必要な項目の□に✓をつけてください。

◆カタカナ・アルファベット・数字  
 「いち(1・I)」「エル(l)」などは、  
 わかりやすくご記入下さい。  
 ◆申込から住所が変わった場合は、  
 住所変更届の作成をお願いして  
 います。お声がけください。

住所	〒XXX-XXXX 流山市〇〇〇 □□-□					
申請者(保護者)氏名	千葉 流一					
児童氏名	千葉 流二					
児童生年月日	西暦 XXXX 年 XX 月 XX 日 ( X 歳 XX か月 )					
【利用サービス】 <input checked="" type="checkbox"/> 療育相談 <input type="checkbox"/> つばさ学園 <input type="checkbox"/> 児童デイ	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年 令和元年	令和2年	令和3年
【提供情報の種類】 <input checked="" type="checkbox"/> 検査結果[心理 <b>言語</b> 作業] <input type="checkbox"/> 経過報告書[理学・作業・心理・言語] <input type="checkbox"/> 情報提供[往信・返信] <input type="checkbox"/> その他[ ]	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年
	2022	2023	2024	2025	2026	2027

【提供先】

保護者所有(サポートファイル用)  
教育委員会\*  
医療機関\* 各種

医療機関名

診療科名 担当医師名

医療機関住所 〒

就学相談、医療機関に提出する際には、  
 それぞれチェックを入れてください。

\*情報提供関係書類を直接送付するにあたり、依頼する上記第三者の機関に対し、  
 個人情報を提供することを同意します。令和\_\_年\_\_月\_\_日 署名\_\_\_\_\_

※書類の不備があった場合は、訂正をお願いしております。

【事務受付印】