

【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	
	作業療法	言語検査		

申請日 令和 年 月 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。

住 所	〒									
申請者(保護者)氏名										
児 童 氏 名										
児童生年月日	西暦	年	月	日(歳 か月)						
【利 用 サ ー ビ ス】										
<input type="checkbox"/> 療育相談 <input type="checkbox"/> つばさ学園 <input type="checkbox"/> 児童デイつばさ <input type="checkbox"/> 外来療育[理学・作業・幼児ことば・外来]										
【提供情報の種類】										
<input type="checkbox"/> 検査結果[心理・言語・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[]										
【提 供 先】										
<input type="checkbox"/> 保護者所有(サポートファイル用)										
<input type="checkbox"/> 教育委員会*										
<input type="checkbox"/> 医療機関* 各種書類の返信以外は下記についても記入してください。										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">医療機関名</td> </tr> <tr> <td>診療科名</td> <td>担当医師名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">医療機関住所 〒</td> </tr> </table>					医療機関名		診療科名	担当医師名	医療機関住所 〒	
医療機関名										
診療科名	担当医師名									
医療機関住所 〒										
<p>*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_____</p>										

※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】