

心理検査結果等交付申請書

令和 年 月 日

滋賀県発達障害者支援センター所長様

下記の通り 検査結果
支援の経過 の交付を申請いたします。

記

氏名	
生年月日	
検査を受けた時期	
支援を受けた時期	
使用目的	
資料の必要となる日	
資料の受け取り	<input type="checkbox"/> 書留郵便送付希望 <input type="checkbox"/> センターで直接受け取る

以上

申請者氏名 _____ 印

続柄 : 本人・保護者・成年後見人

住所 : _____

電話番号 : _____

- 注1.申請者は本人又は保護者、成年後見人に限ります。
注2.申請者氏名には自筆による署名の場合印鑑を省略できます。
注3.交付資料作成にあたり面接を求める場合があります。
即日交付はできません（標準で約2週間程度かかります）。
注4.郵送をご希望の場合、申請者の本人確認書類のコピー、返信用封筒、402円分の切手を送付ください。