

さくらカウンセリングルーム

担当 カウンセラー 殿

## 発達障害スクリーニング検査（未成年者）に係る同意書

今般、発達障害スクリーニング検査（以下「検査」という）の実施に際し、被験者が18歳未満であるため、その検査実施について【親権者・法定代理人】（※どちらかに○）として本書をもって同意致します。

令和 年 月 日

被験者氏名（自署） \_\_\_\_\_ ⑩

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

※ 相談者が18歳未満の場合記入

親権者（法定代理人） 自署 \_\_\_\_\_ ⑩

続 柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

※相談者が18歳未満の場合は、親権者又は法定代理人の同意を要します。