

熊本県八代児童相談所長 様

私 _____ は障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス事業所で

_____ を利用することを希望します。

記

令和 年 月 日

利用希望者
本人氏名欄

同意書

上記に同意します

保護者氏名欄

保護者連絡先
